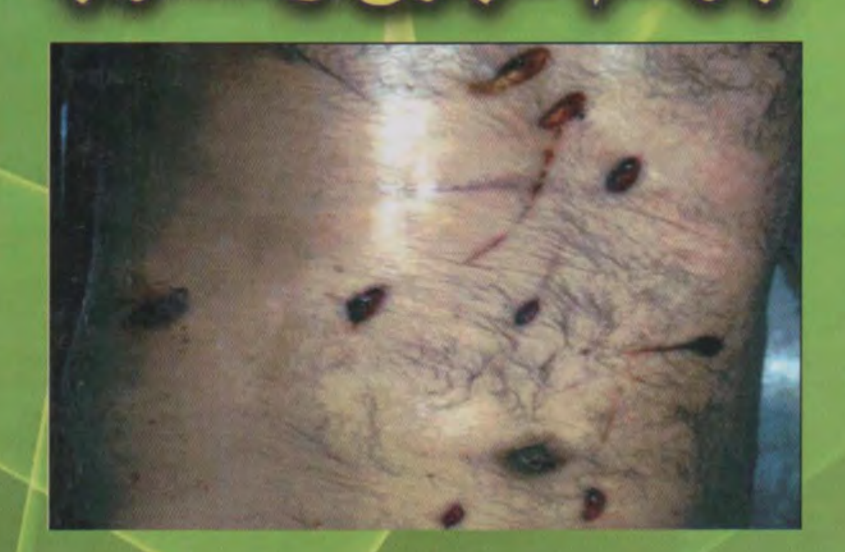




إشكاليات التقارير الطبية في جرائم الجرح والضرب



تأليف

دكتور/هشام عبد الحميد فرج
مدير عام الطب الشرعي لدار التشريح

إشكاليات التقارير الطبية
في
جرائم الجرح والضرب

تأليف

دكتور/هشام عبد الحميد فرج

مدير عام الطب الشرعي دار التشريح

الطبعة الأولي

٢٠١٤

رقم الإيداع

٢٠١٤ / ١٨١٧٤

<u>إصدارات المؤلف</u>

(١) معاينة مسرح الجريمة (طبعة أولي). (٢) الجريمة الجنسية. (٣) الاختناق (أسفكسيا).
(٤) إصابات الأسلحة النارية. (٥) توابع العلاقات الجنسية الغير شرعية.
(٦) التفجيرات الإرهابية. معاينة مسرح الجريمة (طبعة ثانية). (٧) الأخطاء الطبية.
(٨) جرائم التعذيب. (٩) الاغتصاب الجنسي. (١٠) إيذاء الطفل.
(١١) التحرش الجنسي. (١٢) المشروبات الكحولية من منظور الطب الشرعي.
(١٣) حوادث الطرق. معاينة مسرح الجريمة (طبعة ثالثة).

يمكنكم الحصول علي مؤلفات الدكتور/هشام من المكتبات التالية:ـ

١ـ نادي القضاة بالقاهرة (خلف دار القضاء العالي بالإسعاف).
٢- مكتبة شادي (ش عبد الخالق ثروت).
٣ـ مكتبة منشأة المعارف ـ الإسكندرية.
٤ـ مكتبة الدار العلمية (ش ٢٦ يوليو).
٥ـ مكتبة دار الفكر والقانون للنشر والتوزيع (ش الجلاء: المنصورة).
٦ـ مكتبة دار الفجر للنشر والتوزيع (النزهة الجديدة).
٧ـ مكتبة دار الكتاب الحديث ش عباس العقاد ـ مدينة نصر.
٨ـ مكتبة دار الفكر العربي ـ ش عباس العقاد ـ مدينة نصر.
٩- مكتبة دار الكتاب المصري اللبناني (ش قصر النيل).
١٠- مكتبة الأنجلو المصرية (ش محمد فريد).
١١- مكتبة عالم الكتب (ش عبد الخالق ثروت).
١٢- مكتبة دار حراء (ش شريف).
١٣- مكتبة النهضة العربية (ش عبد الخالق ثروت).
١٤- مكتبة دار محمود للطباعة والنشر - السيدة زينب ش بيرم التونسي. القاهرة
١٥ـ المجموعة العلمية ـ ٥٤ ش عبد الخالق ثروت. القاهرة.
١٦- المركز القومي للإصدارات القانونية ـ ٥٤ ش عبد اللطيف من الشيخ ريحان عابدين. القاهرة
١٥- أو الاتصال بالمؤلف (٠١٠٠٦٧٦٤٦٠٦).

المقدمـــة

كم عانى أشخاص كثيرون وسجنوا بسبب تقارير طبية ملفقة وإصابات وهمية، وكم برئ متهمين معتدين بسبب القصور الفني والإهمال في وصف الإصابات، ألا يجعلنا ذلك ندرك خطورة وأهمية التقارير الطبية. إن التقرير الطبي هو أحد أهم الأدلة الفنية في الدعوى، وفي معظم الأحوال يكون الدعامة التي يقف عليها الحكم بإدانة أو تبرئة متهم.

بالرغم من صدور قرار وزير الصحة رقم ١٨٧ لسنة ٢٠٠١م بشأن التعليمات المنظمة لإصدار التقارير الطبية من المستشفيات في الحالات الإصابية، إلا إن هناك فوضى عارمة وتخبط واضح واستهتار ولا مبالاة في إصدار هذه التقارير. أول مظاهر هذه الفوضى هي النقص الواضح في البيانات العامة المثبتة بالتقرير مثل ساعة وتاريخ توقيع الكشف الطبي على المصاب، وبيانات التعرف على شخصية المصاب مثل الرقم القومي أو بصمة إصبع الإبهام، وكذلك الدرجة الوظيفية للطبيب مصدر التقرير واسمه حيث يقوم معظم الأطباء بالتوقيع بفورمة توقيع لا نستطيع غالبا من خلالها تحديد اسم الطبيب. ثاني مظاهر هذه الفوضى هي النقص الواضح في الوصف الإصابي للإصابات المشاهدة من حيث طبيعة هذه الإصابات وعددها وأبعادها. ثالث مظاهر هذه الفوضى هي سهولة الحصول على تقارير طبية غير صحيحة لعدم التقيد بإجراءات سجل دفتر التقارير الطبية وتركها دون رقابة وفقا للآلية الواردة بقرار وزير الصحة مما يؤدى لإصدار تقارير تدين أشخاص أبرياء. لذلك فإنني أطالب بأن تكون هناك إجراءات صارمة في التفتيش والرقابة على سجلات هذه التقارير الطبية بالمستشفيات.

خطورة التقارير الصادرة من المستشفيات أن حوالي ٩٥% من قضايا الحالات الإصابية تعرض علي المحكمة بموجب التقرير الطبي الابتدائي دون أخذ رأي الطبيب الشرعي في ذلك، وبذلك يكون هذا التقرير هو المستند الفني

الوحيد أمام القاضي ومن هنا تكمن خطورته وأهميته. حتى في النسبة المتبقية من الحالات (حوالي ٥%) فإن الطبيب الشرعي يوقع الكشف الطبي علي المصاب بعد تمام التئام جروحه وبعد كل التداخلات الطبية والجراحية التي قد يحتاجها المصاب لإنقاذ الحياة ويستند إلي ما تم إثباته بالتقرير الطبي الابتدائي الصادر من المستشفى. وبالتالي إذا كانت المعلومات الواردة بهذا التقرير الطبي الابتدائي خاطئة فإن الرأي الذي سيصل إليه الطبيب الشرعي سيكون رأيا خاطئا بناء علي تلك المعلومات الخاطئة، وأيضا إذا كانت المعلومات الواردة بالتقرير الطبي الابتدائي ناقصة فإن الطبيب الشرعي قد لا يستطيع أن يصل لرأي واضح في طبيعة الإصابات وكيفية حدوثها والأداة المستخدمة في إحداثها. لذلك فإن التقرير الطبي الابتدائي يمثل العمود الفقري الذي يبني عليه الطبيب الشرعي رأيه في الإصابات لأنه يعبر عن المشاهدة الأولي للإصابات بجسد المصاب علي طبيعتها وقبل حدوث أي تغيرات التئامية أو تداخلات جراحية، أي إنه يمثل الواقع الفعلي للإصابات علي حالتها الأولي.

عادة تخرج التقارير الطبية الابتدائية غير دقيقة لأسباب عديدة. السبب الأول لأن طبيب الاستقبال المعالج يهتم بعلاج المصاب ومحاولة إنقاذ حياته اهتماما كبيرا، وغالبا لا يعير وصف الإصابات الوقت الكافي لأن علاج المصاب يأتي في المقام الأول لهذا الطبيب المعالج. السبب الثاني هو قلة خبرة طبيب الاستقبال المعالج في وصف الإصابات وذلك لأن دراسة الطب الشرعي في كليات الطب في مصر هي دراسة نظرية، ولا يوجد تعاون وثيق بين كليات الطب ومصلحة الطب الشرعي بوزارة العدل للتدريب العملي. هذه الخبرة القليلة تؤدي إلي حدوث أخطاء كثيرة في التقارير الطبية الابتدائية، وكذلك تؤدي إلي كتابة تقارير ناقصة لمعلومات وبيانات هامة. السبب الثالث هو عدم وجود أدوات مساعدة للطبيب مثل الرسوم التوضيحية لجسم الإنسان والتقارير المطبوعة الجاهزة لمليء الفراغات ورسم الإصابة ونوعها على ورقة الرسم

التوضيحي ثم يقوم بتفريغها بعد علاج المصاب في تقرير طبي متكامل وهي طريقة عملية للتغلب علي مشكلة ضيق الوقت أمام الطبيب لسرعة إنقاذ المصاب.

إنني أهيب بكل السادة مدراء المستشفيات أن يقوموا بدورهم على الوجه الأكمل بأن يراقبوا ويشرفوا على دفاتر التقارير الطبية بأنفسهم طبقا لقرار وزير الصحة، ولا يسمحوا بتصدير التقارير الصادرة من غير مختص إلي النيابة العامة، وأن يدركوا مدى خطورة هذه التقارير في تأثيرها على حياة ومستقبل المتقاضين فيستبعدوا العناصر الإدارية الفاسدة من التعامل مع دفاتر التقارير الطبية. كذلك أهيب بكل السادة وكلاء النائب العام بألا يحيلوا أي متهم للمحاكمة بموجب تقرير طبي إلا بعد مخاطبة مدير المستشفي للتأكد من صحة البيانات الواردة به بالتأكد من وجود اسم ثلاثي للطبيب الكشاف وأن هذا الطبيب من الأطباء المسموح لهم إصدار هذا التقرير (أي يكون مساعد أخصائي على الأقل)، ويجب أن يطلب إحالة الأطباء المخالفين للنيابة الإدارية لمجازاتهم عن إصدار تقارير طبية دون وجه حق. وأهيب بالسادة القضاة أن يفحصوا ويمحصوا التقارير الطبية المقدمة إليهم كأدلة في الدعوى مهما كانت الجلسة تحوى من قضايا والتي تقدر بالمئات عادة، وألا يتسرعوا في إصدار الأحكام التي قد تبنى علي تقارير غير صحيحة وإصابات مفتعلة. أيضا أهيب بكل المسئولين عن الطب الشرعي في مصر سواء كان رئيس مصلحة الطب الشرعي بوزارة العدل أو رؤساء أقسام الطب الشرعي بالجامعات المصرية لإيجاد وسيلة للتعاون الوثيق بين مصلحة الطب الشرعي وكليات الطب لتدريب طلبة الطب والمعيدين بأقسام الطب الشرعي بكليات الطب تدريبا عمليا جيدا داخل مصلحة الطب الشرعي. كذلك يجب تدريس الشق القانوني لطلبة الطب ليدرك الطبيب حقوقه وواجباته القانونية في إصدار التقرير فلا يضغط الطبيب الأقدم على الطبيب الأصغر الذي لا يحق له إصدار التقارير للكشف على

المصابين وكتابة التقارير الطبية ليهربوا هم من المسئولية القانونية. نحن في حاجة ماسة لزيادة التعاون العلمي بين مصلحة الطب الشرعي وبين أقسام الطب الشرعي بالجامعات المختلفة من أجل تحسين النتيجة المرجوة وهي خريج طب يستطيع كتابة تقرير طبي بدقة وبحرفية لا تضيع معها حقوق المتقاضين. أما على المدى البعيد فإنني أتمنى زيادة عدد الأطباء الشرعيين بما يسمح بأن يقوم الأطباء الشرعيين بمصلحة الطب الشرعي بإصدار التقارير الطبية الابتدائية مثل بعض الدول العربية أو على أقل تقدير يقوموا بالكشف علي المصاب قبل مرور ٤٨ ساعة من حدوث الاعتداء عليه.

الواقع العملي المرير يتمثل في توجه شخص مجني عليه مزعوما إلي قسم الشرطة يتهم شخصا معينا بإحداث إصابته، فيرسله القسم إلي المستشفي الحكومي التابع له لتوقيع الكشف الطبي عليه، فيكشف عليه طبيب صغير قليل الخبرة لا يستطيع تمييز الإصابات المفتعلة من الإصابات الحقيقية ويكتب تقريره، فيعود هذا الشخص بالتقرير ليتم إثباته في محضر جمع الاستدلالات، ويطلب حضور المتهم الذي لا يحضر لأن هذا المجني عليه المزعوم يذكر عنوانا خاطئا له فيذكر في محضر جمع الاستدلالات أن المتهم لم يحضر، ثم يرسل المحضر للنيابة العامة التي تحيله لمحكمة الجنح، فيجد إنسان بريء نفسه محكوما عليه حكم غيابي بالحبس. هذه الدائرة المغلقة المتكررة في حاجة إلي حلول جذرية للقضاء عليها للحفاظ على سلامة المجتمع من الملفقين ومحترفي إيذاء البشر.

في الفصل الأول من هذا الكتاب تناولت ضوابط إعداد التقرير الطبي وفقا لقرار وزير الصحة المنظم لإصدار التقرير، والواقع العملي لإصدار هذه التقارير، والطريقة الصحيحة لفحص المصابين، وجرائم تزوير الشهادات الطبية سواء الصادرة من شخص عادي أو تلك الصادرة من طبيب وما في حكمه، وكذلك جرائم تزوير الشهادات الطبية المقدمة للمحاكم. تناولت في

الفصل الثاني جرائم الجرح والضرب وإعطاء المواد الضارة العمدية سواء كانت جنحة الضرب والجرح وإعطاء المواد الضارة في صورتها البسيطة أو في صورتها المشددة، وجنايات الجرح والضرب وإعطاء المواد الضارة سواء جناية الضرب المفضي إلي الموت أو جناية الضرب الذي ينشأ عنه عاهة مستديمة، وأخيرا الإصابة الخطأ الناتجة عن الإصابات غير العمدية سواء في صورتها البسيطة أو المشددة مع ربط ذلك بأحكام محكمة النقض.

تناولت في الفصل الثالث الإصابات الرضية حيث ناقشت ميكانيكية حدوث الإصابات ثم تطرقت إلي أنواع الإصابات الرضية ودرستها بالتفصيل فتكلمت عن السحجات فالكدمات فالجروح الرضية وكسور العظام، ثم مضاعفات الإصابات الرضية، وإصابات العضلات والأربطة والأوتار، وأخيرا كيفية تقييم الإصابات القديمة. في الفصل الرابع تناولت الإصابات الناتجة عن استخدام الأسلحة الحادة حيث ناقشت الأسلحة البيضاء وأنواعها وفقا لقانون الأسلحة والذخائر وجريمة حيازة وإحراز السلاح الأبيض، ثم ناقشت الجروح الطعنية، وبعدها تطرقت للجروح القطعية بأنواعها، ثم الجروح القطعية الرضية، وأخيرا الجروح القطعية العلاجية أو التشخيصية.

في الفصل الخامس ناقشت كيفية تقدير حيوية وعمر الجرح، والنشاط البدني ومدى سرعة حدوث وفاة المجني عليه بعد الإصابة. تناولت في الفصل السادس إصابات الصدر حيث ناقشنا كسور عظام الأضلاع ثم كسور عظمة القص، وإصابات الرئتين والقلب والأوعية الدموية الكبيرة، والنزيف بالتجويف الصدري وداخل القلب وداخل غشاء التامور، واسترواح الصدر، وإصابات الحجاب الحاجز، والتهابات وتقيحات الصدر.

تناولت في الفص السابع إصابات البطن حيث ناقشت الإصابات الطعنية بالبطن، ثم الإصابات الرضية لجدار البطن والكبد والمريء والمعدة والأمعاء الدقيقة والمساريقا والأمعاء الغليظة والطحال والكليتين والبنكرياس والحوض،

ثم مضاعفات إصابات البطن، والأجسام الغريبة بالجهاز الهضمي. في الفصل الثامن تناولت الإصابات التي يحدثها الشخص بنفسه بغرض الانتحار حيث ناقشت الانتحار بالسكين، والانتحار بالسلاح الناري، والانتحار خنقا أو شنقا، والانتحار غرقا، والانتحار حرقا، والانتحار بالقفز من أعلى. بعدها تناولت الإصابات التي يحدثها الشخص بنفسه نتيجة اضطراب عقلي، ثم الإصابات المفتعلة التي يفتعلها الشخص بنفسه أو بيد موالية له.

كان موعدنا في الفصل التاسع والأخير مع الوفيات المفاجئة بعد الإصابات البسيطة حيث ناقشت التأثير الفسيولوجي للشجار، والهلوسة المحفزة والهياج، والشجار مع تعاطي المنشطات، وشجار المريض العقلي، ثم تناولت الموت المفاجئ أو غير المتوقع حيث ناقشت تصلب الشرايين التاجية والنزيف تحت العنكبوتية والصمة الرئوية.

القراء الأعزاء، وأنا أقدم لكم كتابي الرابع عشر لا يسعني إلا أن أتقدم لكم بخالص شكري وتقديري علي التشجيع المستمر الذي استمده من اتصالاتكم معي وردود أفعالكم علي مؤلفاتي فهي الحافز والمعين لي علي الاستمرار في الكتابة وأتمنى أن نلتقي في كتاب جديد أطمع أن يكون قريباً بمشيئة الله. وأخيرا أحمد الله علي نعمه التي أنعمها علي وأتمنى أن يمنحني القدرة علي استكمال هذه السلسلة المتخصصة وأن أكون دائما عند حسن ظن القارئ الحبيب.

والله ولي التوفيق

دكتور/هشام عبد الحميد فرج

dhesham٣٧٣٧@hotmail.com



الفصل الأول

إشكاليات التقارير الطبية

الفصل الأول

إشكاليات التقارير الطبية

الاستعانة بأهل الخبرة

التقرير الطبي كدليل فني يصدر من أهل الخبرة (الأطباء) لتعلقه بمسائل فنية لا تستطيع المحكمة أن تقف عليها بحكم تكوينها، ولا يجوز للقاضي الجنائي أن يضع نفسه محل الخبير في مسائل فنية لا يستطيع الوصول فيها إلي الحق والصواب في الدعوى، ولذلك نصت المادة ٢٩٢ من قانون الإجراءات الجنائية على أنه (للمحكمة سواء من تلقاء نفسها أو بناء على طلب الخصوم أن تعين خبيرا واحدا أو أكثر في الدعوى). ولما كان من المسلم به أنه لا يجوز أن تبنى إدانة صحيحة على دليل باطل في القانون (نقض ١٩٦٥/١/٢٥ أحكام النقض س١٦ ق٢١٥ ص٨٧)، وعلى ذلك فالدليل الذي يكون قد تم الحصول عليه بالمخالفة للقانون إنما هو دليل لا يمكن حمله إلي القضاء، وبالتالي فإنه يجب أن يصدر التقرير الطبي وفقا لضوابط القوانين والقرارات المنظمة لإصداره.

قضت محكمة النقض بأنه لعضو النيابة العامة بوصفه رئيسا للضبطية القضائية الحق في الاستعانة بأهل الخبرة وفي طلب رأيهم شفهيا أو بالكتابة بغير حلف يمين عملا بالمادة ٢٩ إجراءات جنائية (١٩٧٨/١/٢٢ أحكام النقض س٢٩ ق١٤ ص٧٤). كذلك قضت بأنه أوجب النقض على الخبراء أن يحلفوا يمينا أمام سلطة التحقيق بأن يبدو رأيهم بالذمة وأن يقدموا تقريرهم كتابة كما أنه من المقرر أن عضو النيابة بوصف كونه صاحب الحق في إجراء التحقيق ورئيس الضبطية القضائية طبقا للمادتين ٢٤ ، ٣١ من قانون الإجراءات الجنائية، لما كان ذلك وكانت المادة ٢٩ إجراءات جنائية تجيز لمأموري الضبط القضائي أثناء جمع الاستدلالات أن يستعينوا بأهل الخبرة وأن يطلبوا رأيهم شفهيا أو كتابة بغير حلف يمين وكان القانون لا يشترط في مواد الجنح والمخالفات إجراء أي تحقيق قبل المحاكمة، فإنه ليس ثمة ما يمنع من الأخذ بما

جاء بتقرير الخبير المقدم في الدعوى ولو لم يحلف مقدمه يمينا قبل مباشرته المأمورية على أنه ورقة من أوراق الاستدلال في الدعوى المقدمة للمحكمة وعنصرا من عناصرها ما دام أنه كان مطروحا على بساط البحث وتناوله الدفاع بالتفنيد والمناقشة (١٩٧٥/٤/١٣ أحكام النقض س٣٦ ق٧٦ ص ٣٢٣). وقضت محكمة النقض بأنه للطبيب المعين في التحقيق أن يستعين في تكوين رأيه بمن يرى الاستعانة بهم على القيام بمأموريته، فإذا كان الطبيب الشرعي الذي ندب في الدعوى قد استعان بتقرير أخصائي ثم أقر رأيه وتبناه وأبدى رأيه في الحادث على ضوئه، فليس يعيب الحكم الذي يستند إلي هذا التقرير الذي وضعه الطبيب الشرعي كون الطبيب الأخصائي لم يحلف اليمين (النقض رقم ١٩٠٤ لسنة ٣٢ق جلسة ١٩٦٢/١١/٢٦ س١٣ ص٧٧٥).

ندب الطبيب لفحص جسد المجني عليه أو المتهم هو من إجراءات التحقيق لا الاستدلال لأنه يتضمن المساس بشخص من يتم توقيع الكشف عليه، لذا لا يجوز إجراؤه بمعرفة سلطة جمع الاستدلال إلا إذا وافق المراد توقيع الكشف الطبي عليه سواء كانت الموافقة صريحة أو ضمنية بعدم الاعتراض.

يجب على مأمور الضبط القضائي مناظرة الإصابات الظاهرة بجسد المجني عليه قبل إرساله للطبيب المختص، وأن ينتدب أنثى لمناظرة الإصابات الظاهرة بالأنثى وإن تعذر يثبت ذلك. هذه المناظرة تتم وفقا لنص المادة ٢٤ من قانون الإجراءات الجنائية التي جاء بها (يجب على مأموري الضبط القضائي أن .... ويجروا المعاينات اللازمة لتسهيل تحقيق الوقائع التى تبلغ إليهم أو التي يعملون بها بأي كيفية كانت............).

على مأمور الضبط القضائي أن يعد خطاب موجه من قسم الشرطة إلي المستشفي الحكومي المختص التابع لدائرة القسم بطلب توقيع الكشف الطبي على المصاب ويثبت ذلك في محضره. ويجب أن يذهب مع المصاب مندوب من قسم الشرطة لتسليم الخطاب. بعد ذلك يقوم أحد الأطباء الذين يحق لهم إصدار

التقارير الطبية بتوقيع الكشف الطبي على المصاب وكتابة تقريره وفقا للإجراءات الإدارية المنظمة لذلك، ثم يتسلم مندوب قسم الشرطة المرافق للمصاب أصل هذا التقرير لتوصيله لقسم الشرطة حيث يرفق بالمحضر بعد تفريغه فيه.

أما في الحالات الخطيرة التي يحضر فيها المصاب للمستشفي لإسعافه سواء عن طريق سيارة الإسعاف أو أحد الأشخاص فيتم إبلاغ نقطة الشرطة بالمستشفي عن حالة المصاب التي تقوم بدورها بإخطار قسم الشرطة لتحرير محضر بالحالة.

التعليمات العامة للنيابات في هذا الشأن

مادة (٤٥٠): يجوز للنيابة أن تندب مفتش الصحة المختص أو غيره من الأطباء الموظفين لتوقيع الكشف الطبي على المصابين في الأحوال التي لا يرى ضرورة لعرضها على الطبيب الشرعي.

مادة (٤٥١): إذا اقتضى الأمر ندب أحد أطباء المستشفى الحكومي للكشف عن مصاب موجود به وتقديم تقرير طبي عنه فيكون الندب لمدير المستشفى أو الطبيب الأول على حسب الأحوال، فإذا اعتذر أو وجدت اعتبارات جدية تقتضى ندب غيره من أطباء المستشفى أو رأى لمصلحة التحقيق ندب الطبيب الذي قام بإسعاف المصاب أو أجرى عملية جراحية له، فيوجه كتاب الندب لمدير المستشفى أو الطبيب الأول لتبليغه للطبيب المنتدب لتنفيذه.

مادة (٤٥٢): يجوز للنيابة أن تندب طبيب مستشفي الرمد إذا كانت إصابته ظاهرة بالعين فقط، فإذا كانت به إصابات أخرى عدا إصابة العين فيجب ندب مفتش الصحة المختص أو طبيب المستشفى الحكومي لتوقيع الكشف الطبي على المصاب، ويجوز للطبيب المنتدب في هذه الحالة أن يطلب أخذ رأي طبيب مستشفى الرمد في إصابة العين وسببها وتاريخ حدوثها.

مادة (٤٥٣): يجب أن يبين الطبيب في التقرير الطبي الذي يقدمه في وصف إصابة المصاب وسببها وتاريخ حصولها والآلة المستعملة في إحداثها والمدة اللازمة لعلاجها بحيث يمكن معرفة مدى جسامة الإصابة وما إذا كانت مدة علاجها تزيد أو لا تزيد على عشرين يوما. وعلى أعضاء النيابة أن يأمروا باستيفاء ما يكون في التقارير الطبية من نقص في هذا الشأن ليتيسر لهم التصرف في القضية على أساس واضح سليم.

مادة (٤٥٤): يجب على طبيب المستشفى الحكومي أن يرسل للنيابة تقريرا طبيا يتضمن وصف إصابة المصاب الذي يدخل المستشفى لعلاجه من إصابته مع بيان سببها وتاريخ حدوثها والمدة اللازمة لعلاجها، وذلك ما لم يكن قد سبق لمفتش الصحة المختص توقيع الكشف الطبي عليه. فإذا كان مفتش الصحة قد سبق أن وقع الكشف الطبي على المصاب فيجب عليه أن يرسل للشرطة أو النيابة على حسب الأحوال تقريرا طبيا يبين وصف الإصابة وسببها وتاريخ حدوثها والمدة اللازمة لعلاجها، وإذا رأى إحالة المصاب إلي المستشفى الحكومي فيجب عليه أن يبين في الأورنيك المرسل معه للمستشفي موجزا للبيانات سالفة الذكر.

ويجب على طبيب المستشفى أن يثبت أولا بأول في تذكرة سرير كل مصاب يعالج بالمستشفى كافة المضاعفات التي طرأت عليه سواء نشأت عن الإصابة أم لا للاستعانة بهذه البيانات عند الاقتضاء.

ويجب على الطبيب المذكور أن يرسل للنيابة إفادة بشفاء المصاب، فإذا كان المصاب قد ترك المستشفى قبل تمام شفائه فيجب إخطار الطبيب الذي أرسله إلي المستشفى بذلك.

كما يجب على أعضاء النيابة مراعاة ذلك كله بالنسبة إلي المصابين الذين يدخلون المستشفيات الحكومية للعلاج واستيفاء ما يستلزمه التحقيق في هذا الشأن.

مادة (٤٥٥): يجب على النيابة أن تستعلم من وقت لآخر عن شفاء المصابين وما آلت إليه حالتهم بعد حدوث إصابتهم، فإذا توفى المصاب وجب عليها أن تستعلم من المستشفى أو الطبيب المعالج على حسب الأحوال عن سبب الوفاة ومدى تعلقها بالإصابة.

أنواع التقارير الطبية

تختلف التقارير الطبية باختلاف كاتبها واختلاف زمن كتابتها. من حيث الكاتب فقد يكون محرر التقرير هو طبيب الاستقبال أو الطبيب الأخصائي وبذلك يسمي ذلك تقريرا طبيا، أو قد يكون محرر هذا التقرير هو الطبيب الشرعي وبذلك يسمي تقرير الطب الشرعي. أما من حيث زمن كتابته فقد يكون تقرير طبي ابتدائي وهو الذي يكتب بمعرفة طبيب الاستقبال عند مناظرته للمصاب أول مرة بالمستشفي وقبل إجراء أي فحوص طبية أو إشعاعية علي جسد المصاب، وقد يكون تقرير طبي نهائي وهو التقرير الذي يكتب بمعرفة طبيب أخصائي بالقسم الذي كان يعالج فيه المصاب ويكتب فيه وصف كامل لحالة المصاب منذ لحظة دخوله المستشفي وما أتبع نحوه من فحوص تشخيصية وإجراءات علاجية وحالة المصاب عند خروجه من المستشفي.

ضوابط إعداد التقارير الطبية

صدر قرار وزير الصحة رقم ١٨٧ لسنة ٢٠٠١م بشأن ضوابط إعداد التقارير الطبية وهو ينص علي:ـ

(مادة ١

يراعي في إعداد التقارير الطبية ما يلي:

أولا – التقارير الطبية التي تصدر في الحالات الجنائية

تخضع هذه التقارير للقواعد والإجراءات التالية:ـ

١ــ بالنسبة للتقارير الطبية الابتدائية

(أ) يتم توقيع الكشف الطبي علي المصاب بناء علي خطاب إحالة صادر من الشرطة ويتضمن كافة البيانات الخاصة به.

(ب) يتم عرض المصاب – بعد التأكد من شخصيته – علي الأخصائي أو مساعد الأخصائي لإثبات ما به من إصابات، وتحديد المدة اللازمة لعلاجها، علي أن يوقع التقرير من الأخصائي أو مساعد الأخصائي ومدير الاستقبال.

(ج) يكون تحديد مدة العلاج بأقل من ٢١ يوماً في الحالات التي لا تحدث فيها مضاعفات، أما إذا تخلف عن الإصابة عاهة: فتحدد مدة العلاج ونسبة العجز الناجم عنها وفقا لما يتضمنه التقرير الطبي النهائي.

(٢) بالنسبة للتقارير الطبية النهائية

(أ) تصدر هذه التقارير بعد أن يتقرر خروج المصاب نهائياً من المستشفي، ومن واقع البيانات المدونة بتذكرة علاجه.

(ب) يوقع التقرير النهائي من لجنة مكونة من الأخصائي أو مساعد الأخصائي ورئيس القسم ومدير المستشفي بعد الإطلاع علي تذكرة المريض وسجل التقارير الطبية وتوقيع الكشف النهائي باستخدام كافة وسائل التشخيص.

(ج) يكتب التقرير النهائي بخط واضح، ويتضمن بيان الإصابات والتشخيص النهائي ومدة العلاج وتخلف عاهة من عدمه والتوصية الطبية اللازمة، علي أن يكون الحكم النهائي للطبيب الشرعي، ويرسل التقرير إلي النيابة العامة بناء علي طلبها بعد أن يقدم المندوب المفوض باستلام التقرير خطاباً رسميا بذلك.

ثانيا: التقارير الطبية التي تعد في الحالات المرضية

(١) لا تصدر هذه التقارير إلا بناء علي خطاب رسمي من جهة ذات صفة أو بناء علي طلب من صاحب الشأن بخطاب موقع منه وموجه لمدير المستشفي.

(٢) يحرر التقارير بواسطة لجنة تشكل من الأخصائي أو مساعد الأخصائي ورئيس القسم ومدير المستشفي، ويتضمن: تاريخ الدخول والخروج،

والتشخيص، والتوصية الطبية وذلك من واقع تذكرة المريض، وبعد استخدام الفحص الإكلينيكي ووسائل التشخيص المختلفة.

ثالثاً: تسجيل التقارير وتسليمها لأصحاب الشأن

ينشأ بكل مستشفي ومنشأة صحية سجل خاص للتقارير الطبية الابتدائية والنهائية، وتوضع به جميع البيانات ويكون عهدة موظف مختص، ويناظر هذا السجل ويعتمد يومياً من مدير المستشفي.

ولا يتم التعامل في الأحوال الخاصة بالجنح والجنايات مع المحامين أو ذوي الشأن إلا بناء علي أمر من النيابة المختصة، وفي كل الأحوال يتم التوقيع بالاستلام بعد أخذ بيانات المستلم وبصمته.

مادة ٢

تشكل بكل مديرية من مديريات الشئون الصحية لجنة طبية عليا للنظر في التظلمات المقدمة بشأن التقارير الطبية، ولا يعد التقرير نهائياً إلا بعد البت في التظلم، وإذا لم تستطع اللجنة المذكورة البت في التظلم فيحال إلي لجنة عليا تشكل بديوان عام وزارة الصحة والسكان للبت النهائي.

مادة ٣

في حالة صدور تقارير طبية مخالفة للحقيقة يتم إبلاغ النيابة العامة بذلك ويحرم الطبيب الذي صدر عنه التقرير أو شارك فيه من حق إصدار التقارير أو الشهادات الطبية، وذلك مع عدم الإخلال بمسئوليته الجنائية.

مادة ٤

ينشر هذا القرار في الوقائع المصرية ويعمل به من اليوم التالي لتاريخ نشره).

التقرير الطبي الابتدائي

التقرير الطبي الابتدائي هو أخطر التقارير الطبية وأكثرها أهمية للأسباب التالية:

(١) أنه يمثل المشاهدة الأولي للإصابات بجسد المصاب علي طبيعتها وقبل حدوث أي تغيرات التئامية أو تداخلات جراحية، أي إنه يمثل الواقع الفعلي للإصابات علي حالتها الأولي.

(٢) أنه يمثل العمود الفقري الذي يبني عليه الطبيب الشرعي رأيه في الإصابات، وذلك لأن الطبيب الشرعي يوقع الكشف علي المصاب بعد تمام التئام جروحه وبعد كل التداخلات الطبية والجراحية التي قد يحتاجها المصاب لإنقاذ الحياة. وبالتالي إذا كانت المعلومات الواردة بالتقرير الطبي الابتدائي خاطئة فإن الرأي الذي سيصل إليه الطبيب الشرعي سيكون رأيا خاطئا بناء علي تلك المعلومات الخاطئة، وأيضا إذا كانت المعلومات الواردة بالتقرير الطبي الابتدائي ناقصة فإن الطبيب الشرعي قد لا يستطيع أن يصل لرأي واضح في طبيعة الإصابات وكيفية حدوثها والأداة المستخدمة في إحداثها. لكن من حسن حظ المصاب أن الطبيب الشرعي لا يبني رأيه العلمي فقط علي التقرير الطبي الابتدائي بل يعتمد الطبيب الشرعي أيضا علي فحص الملابس وأدوات أخرى تعينه إلي حد كبير في التغلب علي بعض المعلومات الخاطئة وبعض نقص المعلومات في التقرير الطبي الابتدائي.

(٣) أن حوالي ٩٥% من القضايا الإصابية تعرض علي المحكمة بموجب التقرير الطبي الابتدائي دون أخذ رأي الطبيب الشرعي في ذلك، وبذلك يكون هذا التقرير هو المستند الفني الوحيد أمام القاضي ومن هنا تكمن خطورته وأهميته.

<u>دقة التقارير الطبية الابتدائية</u>

عادة تخرج التقارير الطبية الابتدائية غير دقيقة للأسباب التالية:

(١) يهتم طبيب الاستقبال المعالج بعلاج المصاب ومحاولة إنقاذ حياته اهتماما كبيرا، وغالبا لا يعير وصف الإصابات الوقت الكافي لأن علاج المصاب يأتي في المقام الأول لهذا الطبيب المعالج.

(٢) قلة خبرة طبيب الاستقبال المعالج في وصف الإصابات وذلك لأن دراسة الطب الشرعي في كليات الطب هي دراسة نظرية، ولا يوجد تعاون وثيق بين كليات الطب ومصلحة الطب الشرعي بوزارة العدل للتدريب العملي. هذه الخبرة القليلة تؤدي إلي حدوث أخطاء كثيرة في التقارير الطبية الابتدائية، وكذلك تؤدي إلي كتابة تقارير ناقصة لمعلومات وبيانات هامة.

(٣) عدم وجود أدوات مساعدة للطبيب مثل الرسوم التوضيحية لجسم الإنسان والتقارير المطبوعة الجاهزة لمليء الفراغات. وجود الرسوم التوضيحية يجعل الطبيب يرسم علي هذه الورقة موضع الإصابة ونوعها ثم يقوم بتفريغها بعد علاج المصاب في تقرير طبي متكامل وهي طريقة عملية للتغلب علي مشكلة ضيق الوقت أمام الطبيب لسرعة إنقاذ المصاب.

بعض الدول العربية تتغلب علي مشكلة دقة التقارير الطبية الابتدائية بعرض المصاب فور إصابته على الطبيب الشرعي أو عرضه على الطبيب الشرعي بعد إجراء الإسعافات الأولية اللازمة مباشرة (إذا كانت حالته تستدعى ذلك). هذا العرض السريع للمصاب على الطبيب الشرعي يجعل تقريره أكثر دقة. لا يمكن حاليا تطبيق هذا الأمر في مصر نظرا لقلة عدد الأطباء الشرعيين الذي يكفي بالكاد للتعامل مع الحالات الشديدة للمصابين الأحياء التي يتوقع تخلف عاهة مستديمة عنها وحالات الشروع في القتل (أي التي ستعرض على محكمة الجنايات). تحاول الكثير من كليات الطب المصرية التغلب على هذه المشكلة بتواجد أحد أعضاء هيئة التدريس بقسم الطب الشرعي بالكلية في أقسام الطوارئ والاستقبال بالمستشفيات الجامعية لتوقيع الكشف الطبي على المصابين وكتابة تقارير طبية عن حالتهم. هذه التقارير عادة تكون أكثر دقة من تقارير الأطباء المعالجين، ولكنها تغطي المستشفيات الجامعية فقط وبالتالي فإن جميع التقارير الطبية الصادرة من مستشفيات وزارة الصحة وغيرها تصدر من الأطباء المعالجين. نحن في حاجة ماسة لزيادة التعاون العلمي بين مصلحة

الطب الشرعي وبين أقسام الطب الشرعي بالجامعات المختلفة من أجل تحسين النتيجة المرجوة وهي خريج طب يستطيع كتابة تقرير طبي بدقة وبحرفية لا تضيع معها حقوق المتقاضين.

مكونات التقرير الطبي الابتدائي

(١) معلومات عن مكان وزمان توقيع الكشف

هذه المعلومات تملأ بسرعة عن طريق موظف الاستقبال المختص بتسجيل المعلومات.

* اسم المستشفي.
* اسم الطبيب الذي قام بتوقيع الكشف.
* الدرجة الوظيفية للطبيب.
* يوم توقيع الكشف.
* تاريخ توقيع الكشف.
* ساعة الكشف: يتم تحديدها بالدقائق.

(٢) معلومات عن المريض

* الاسم.
* الجنس.
* العمر.
* الوظيفة.
* رقم البطاقة.
* العنوان.

هذه المعلومات يقوم بكتابتها موظف الاستقبال المختص بتسجيل البيانات من واقع بيانات المصاب الموجودة بالبطاقة، وفي حالة فقد المصاب لوعيه تؤخذ هذه المعلومات من المرافق له. في حالة عدم وجود بطاقة تؤخذ بصمة إصبع الإبهام الأيسر. لابد من وجود خانة بأسفل التقرير يوضح بها اسم هذا الموظف

وتوقيعه حتى يتحمل مسئولية أي معلومات خاطئة تكتب في هذا التقرير، ولكي يتم السيطرة علي التقارير التي تصدر مجاملة للأصدقاء والأقارب وما إلي ذلك يجب أن يكون كل تقرير يحمل رقم مطبوع ليحاسب الموظف علي كل تقرير موجود عنده في دفتر التقارير من خلال المراجعة الدقيقة لهذا الدفتر لمنع التلاعب. ويمكن أن تؤجل هذه المعلومات قليلا من الوقت حتى يتم الانتهاء من الإسعافات الأولية.

(٣) معلومات عن الحالة الإصابية

* رواية المصاب عن الواقعة (التاريخ الإصابي الحالي).
* عدد الإصابات: قضت محكمة النقض في نقض جلسة ١٩٥٦/١٠/٨ المكتب الفني س٧ ص١٠١٧ بأنه (متى اطمأنت المحكمة إلي أن المتهم هو محدث الإصابتين اللتين وجدتا برأس المجني عليه فلا يغير في أن تخطيء في تحديد أيهما التي أحدثت الكسر ما دام المتهم يحمل وزرهما معا ويكون الخطأ في ذلك مما لا يؤثر في النتيجة التي انتهى إليها الحكم ولا يعيبه).
* نوع الإصابات.
* أماكن تواجدها.
* أبعاد كلا منها.
* الأداة المحدثة لها: قضت محكمة النقض في نقض جلسة ١٩٧٠/٥/١٠ المكتب الفني س٢١ رقم ١٥٨ بأنه (متى كان يبين من الإطلاع على محضر جلسة المحاكمة أن الطاعن أنكر التهمة وأثار المدافع عنه أمام المحكمة فيما أثاره من أوجه الدفاع أن الطاعن أقحم في الدعوى على غير أساس وأن التقرير الطبي الشرعي يتضمن واقعة هامة جدا بالنسبة للعاهة التي بالذراع الأيسر وأنها حدثت من جسم صلب ثقيل ولا يمكن أن تحدث من مطواة لأنها ليست جسما ثقيلا. ويبين من الحكم المطعون فيه أنه بعد أن يبين الواقعة على النحو الذي استقر لديه وساق أدلة الثبوت المستديمة من أقوال شاهدي الإثبات والتقرير

الطبي انتهى إلي إدانة الطاعن دون أن يورد دفاعه وموقفه من التهمة وما ساقه من توجيه مطاعن لها شأنها في حصول الدعوى المطروحة وإن كان الأصل أن المحكمة لا تلتزم بمتابعة المتهم من مناح دفاعه المختلفة إلا أنه يتعين عليها أن تورد في حكمها ما يدل على أنها واجهت عناصر الدعوى وألمت بها على وجه يفصح من أنها فطنت إليه ووازنت بينها، أما وقد التفت كلية عن دفاع الطاعن وموقفه من التهمة التي وجهت إليه بما يكشف عن أن المحكمة قد أطرحت هذا الدفاع على بينة من أمره، فإن حكمها يكون قاصر البيان مستوجبا نقضه).

* تحديد درجة التغيرات الالتئامية: في حالة الكدم يذكر لونه، وفي حالة السحج يذكر ما إذا كان مغطى بسائل مصلي أم قشرة رطبة أم قشرة جافة أم سقطت القشرة. قضت محكمة النقض في نقض جلسة ١٩٦٨/٥/٢٧ المكتب الفني س١٩ رقم ١١٩ بأنه (يعد الدفاع بقدم الإصابة من المسائل الفنية البحتة التي لا تستطيع المحكمة أن تشق طريقها إليها بنفسها لإبداء الرأي فيها، مما يتعين عليها أن تتخذ ما تراه من وسائل لتحقيقها بلوغا إلي غاية الأمر فيها).

هذه المعلومات يقوم بتسجيلها الطبيب بنفسه ويفضل أن يرسمها على مطبوعات الرسوم التوضيحية التي يجب توفيرها في استقبال كل مستشفي ثم تكتب في التقرير بعد أن يتم الانتهاء من الإسعافات الأولية بمعرفة طبيب أخصائي وليس طبيب مقيم. ويمنع منعا باتا طبيب الامتياز أو الطبيب المقيم أو أفراد هيئة التمريض من كتابة هذه البيانات. يجب أن يكتب الطبيب اسمه الثلاثي وتوقيعه وذلك حتى تحدد المسئوليات.

(٤) درجة وعي المريض

* واعي.
* غير واعي.
* شبه واعي.

* يمكن استجوابه. في هذه الحالة يجب أن يحصل الطبيب من المصاب عن معلومات قليلة عن الواقعة من خلال أسئلة مختصرة قصيرة مثل كيفية الاعتداء عليه ونوع الأداة المستخدمة في الاعتداء ويثبت هذه الأقوال في التقرير الطبي. هذه المعلومات قد تكون في غاية الأهمية وخاصة عندما يكون المصاب ستتضاعف حالته وقد تنتهي بالوفاة دون أن يتكلم بعد ذلك. هذه المعلومات تمثل التاريخ الإصابي الحالي الذي يجب أن يثبته الطبيب في كل تقرير. أحيانا يذكر المصاب اسم المتهم ومعلومات عن الواقعة ثم يدخل في غيبوبة ويتوفى، لذلك فإن الطبيب مسئول أمام ضميره أن يثبت تلك المعلومات التي سمعها ويفضل لو كان ذلك في حضور الممرض أو الممرضة أو طبيب الامتياز. إن الطبيب قد يكون هو الشخص الوحيد الذي توصل إلي اسم المتهم وبالتالي فهو يحمل أمانة توصيل الشهادة من خلال تدوين هذه المعلومات في التقرير، وكذلك الإدلاء بها أمام الشرطة والنيابة والمحكمة.

* لا يمكن استجوابه الآن. في هذه الحالة تبلغ نقطة الشرطة بالمستشفي فور تحسن حالة المصاب بإمكانية استجوابه. لوحظ من خلال التجارب العملية أن الغالبية العظمي من الأطباء يكتبون أن (حالة المصاب خطيرة ولا يمكن استجوابه)، اعتقادا منهم أن ذلك يحميهم من المساءلة القانونية إذا حدثت مضاعفات للمريض أو توفي. إن كتابة هذه العبارة في غير موضعها الصحيح تمنع المحقق من سؤال المصاب وقد تضيع فرصة سؤال المصاب نهائيا إذا تدهورت حالته بعد ذلك وتوفي دون أن يتكلم، وقد تؤدي لحفظ القضية نظرا لعدم القدرة علي التوصل لشخصية المتهم من خلال التحقيقات.

التعليمات العامة للنيابات في هذا الشأن

مادة (٢٣٣): على أعضاء النيابة المبادرة إلى سؤال المصابين حتى لو كانت إصابتهم بسيطة دون انتظار شفائهم، إلا إذا علموا من الطبيب المعالج أن هناك

خطرا على المصاب من سؤاله، وحينئذ يؤجل سؤاله لوقت آخر وعليهم تنبيه رجال الضبط القضائي إلى مراعاة ذلك فيما يقومون به من تحقيقات.

مادة (٢٣٤): يجب على أعضاء النيابة ألا ينتقلوا إلى المستشفيات الحكومية لسؤال مصابين موجودين بها إلا بعد ورود إخطار كتابي أو إشارة تليفونية من المستشفى بإمكان سؤالهم ويجوز لهم عند الضرورة، إذا كانت حالة المصاب تنذر بالخطر أو اقتضت مصلحة التحقيق بسرعة سؤالهم، أن ينتقلوا إلي المستشفى بغير توان وفي أي وقت على أن يخطروا المستشفى في الوقت المناسب بانتقالهم كلما تيسر ذلك، وأن يتصلوا بمجرد وصولهم إلي المستشفى بمديره أو طبيبه الأول أو من ينوب عنهما إن وجد ويستعلموا منه عن حالة المصابين ومقدرتهم على الإجابة بتعقل على الأسئلة التي توجه إليهم وأن يثبتوا ذلك في المحضر.

(٥) الإجراءات الطبية المتخذة حيال المريض

* يعرض علي أخصائي معين (جراحة عامه مثلا).
* يوضع في الاستقبال تحت الملاحظة.

(٦) الأشياء التي تم التحفظ عليها

* حرز الملابس.
* مقذوف بين طيات الملابس أو مقذوف مستخرج من المصاب.
* عينة من القيء.
* عينة غسيل المعدة.

إن ملابس المصاب تعتبر أثر مادي في غاية الأهمية بالنسبة لفحوص الطب الشرعي والأدلة الجنائية وقد تكون هي الفيصل في بعض القضايا، لذا يجب أن يعمل طاقم التمريض علي الحفاظ علي ملابس المصاب والابتعاد عن تمزيقها عند محاولة إسعاف المصاب بل تقص بعيدا عن مواضع الإصابات ثم تجفف وتحرز تمهيدا لإرسالها للنيابة المختصة. يجب أن تكون هناك دفاتر في كل

مستشفي خاصة بهذه المتعلقات وتسلم هذه المتعلقات لشخص محدد يقوم بالتوقيع عليها حتى تتحدد المسئوليات.

ويجب علي كل طبيب قبل تحرير شهادة طبية أو تقرير طبي ملاحظة الآتي:ــ

(١) لا يعطي الشهادة الطبية أو التقرير الطبي للحالات المرضية لشخص غير المريض نفسه، إلا إذا كان المريض قاصرا فتعطي الشهادة للشخص المسئول عنه قانونا كالأب أو الأم أو الوصي عليه بحكم قضائي. إن إعطاء التقرير الطبي لشخص غير صاحبه بدون إذنه قد يعرض الطبيب لقضية إفشاء سر المريض طبقا للمادة ٣١٠ من قانون العقوبات المصري والتي تنص علي: ((كل من كان من الأطباء أو الجراحين أو الصيادلة أو القوابل أو غيرهم مودعا إليه بمقتضي صناعته أو وظيفته سر خصوصي أو أؤتمن عليه فأفشاه في غير الأحوال التي يلزمه بها بتبليغ ذلك يعاقب بالحبس مدة لا تزيد علي ستة أشهر أو بغرامة لا تتجاوز خمسمائة جنيه)). أما في الحالات الإصابية فيسلم التقرير لمندوب الشرطة أو النيابة.

(٢) لا يجوز للطبيب أن يمتنع عن تحرير شهادة طبية أو تقرير طبي لأي مريض أو مصاب بناء علي طلب النيابة. في هذه الحالة لا يسأل الطبيب عن سرية المهنة حيث إن هذه البيانات قد أعطيت بناء علي طلب النيابة. إذا أساء المصاب أو المريض استخدامها يكون هو الذي أذاع سره وليس الطبيب.

(٣) يجب أن تحتوي الشهادة الطبية علي الحقائق والمعلومات الصادقة عن حالة المريض المرضية والإصابية. هذه المعلومات يجب أن تقتصر علي حالة المريض التي يراها الطبيب أمامه ولا يتأثر الطبيب بأي معلومة يحاول المريض أو المصاحبين له إملاءها عليه حتى لا يعتبر شريكا في الخداع أو الغش.

(٤) التأكد من شخصية طالب التقرير الطبي أو الشهادة الطبية: كل طبيب عليه التأكد من شخصية المريض أو المصاب الذي يحرر له الشهادة حتي لا يقع فريسة للغش أو الخداع بانتحال المريض أو المصاب شخصية آخر للحصول

علي تقرير عن نفسه ويضع عليه اسم شخص آخر. التأكد من شخصية المريض أو المصاب تتم من خلال البطاقة الشخصية أو جواز السفر فقط، ولا يجب اعتبار كارنيه الكلية أو النادي أو ما شابه ذلك مستند رسمي في الاستعراف. إذا كان المريض أو المصاب لا يحمل بطاقة شخصية أو جواز سفر تؤخذ بصمة أصبع الإبهام الأيسر أو الأيمن ويكتب تحت البصمة (بصمة اصبع الإبهام الأيسر مثلا)، ويفضل الحصول علي صورة شخصية من المريض أو المصاب إذا كان يحمل صورة معه. إن التأكد من شخصية المصاب أو المريض تبعد عن الطبيب فكرة المشاركة في الخداع أو الغش.

(٥) الحذر كل الحذر من إعطاء شهادة طبية أو تقرير طبي عن مريض أو مصاب مجاملة لقريب أو زميل أو صديق. لو ثبت للمحكمة أن الطبيب أصدر تقريرا طبيا عن حالة شخص فيعتبره القانون مزورا ويستوجب العقاب لإصداره تقريرا غير صحيح.

من خلال التجربة العملية فإننا نلاحظ:ـ

* أن الأطباء الأخصائيين ومساعدي الأخصائيين عادة يبتعدوا عن إصدار هذه التقارير ويجبروا الأطباء المقيمين وأطباء الامتياز بكتابة هذه التقارير مستغلين في ذلك عدم معرفة الأطباء الصغار بالقرارات والقوانين وما لهم من سلطة وظيفية علي هؤلاء الأطباء الصغار وذلك للبعد عن إضاعة وقتهم عند استدعاء النيابة لهم.

* أن كثير من الأطباء الصغار خوفا من المسئولية ولكي يبتعدوا عن استدعاء النيابة يوقعوا التقرير الطبي بتوقيع غير واضح، وبالتالي تضطر النيابة العامة في بعض الأحيان إلي استدعاء كل أطباء النوبتجية في وقت محدد لتحديد كاتب هذا التقرير.

* أن إصدار تقارير على غير الحقيقة أمر سهل وميسور ومتكرر الحدوث نتيجة التسيب والإهمال في الرقابة على هذه التقارير وترك دفاتر التقارير مع

غير المختصين. إنني أناشد جميع السادة مديري المستشفيات اتخاذ الوسائل الفعالة للرقابة على هذه الدفاتر وعلى هذه التقارير، ولابد أن يكون هناك عقاب رادع على من يهمل في رقابته على هذه التقارير والتي قد تؤدي لتوقيع عقوبة السجن على شخص برئ بموجب تقرير طبي مخالف للحقيقة. كما أناشد جميع السادة وكلاء النائب العام بضرورة التأكد من الدرجة الوظيفية لمصدر التقرير قبل إحالة المتهم للقضاء لأن إصدار التقرير من شخص لا يحق له إصدار التقرير الطبي قد تدين برئ أو قد تجعل محامي المتهم يدفع بعدم اختصاص مصدر التقرير في إصداره مما قد يضيع حق المجني عليه إذا كانت المظاهر الإصابية الموصوفة بالتقرير صحيحة فيضيع حق المجني عليه. هذه القرارات الوزارية والقوانين المتعلقة بواجبات الطبيب يجب أن يتسلم الطبيب نسخة منها بمجرد التحاقه بالعمل كطبيب امتياز حتى يدرك واجباته الوظيفية المنوطة به.

الشروط الواجب توافرها في مصدر التقرير الطبي

قضت محكمة النقض بأنه لا يكفي لسلامة الحكم أن يكون الدليل صادقا متى كان وليد إجراء غير مشروع (نقض ١٩٧٢/٦/١١ أحكام النقض س٢٧ ق١٠٣ ص٩٠٦). هذه الإجراءات تشمل:ـ

* **أن يصدر من مختص قانونا:ـ** بمعني أن يقوم بتحريره موظف عام وهو طبيب بمستشفى حكومي مختصا بكتابته من حيث الموضوع، وأن يكون تحرير التقرير داخلا في حدود سلطته واختصاصه. إلا إن هذا لا يمنع من إصدار التقرير من طبيب غير حكومي فقد قضت محكمة النقض بأن القانون لم يحتم أن يتم الكشف من طبيب الحكومة، كما إنه لم يوجب على المحكمة الأخذ بالكشف الطبي الموقع من طبيب حكومي، بل إن للمحكمة أن تأخذ به أو تهمله، كما أن لها أن تعول على الكشف الطبي الموقع من طبيب غير حكومي إذ هو دليل كسائر الأدلة التي تقدم لها وتقع تحت تقديرها وحدها (نقض ١٩٣٣/٤/٢٤ طعن رقم ١١٢٣ سنة٣ق). وقضت أيضا بأنه للمحكمة حق الأخذ بما يقرره الطبيب

المعالج بشأن تحديد مدة العجز عن الأعمال الشخصية ولو كان المصاب يعالج خارج المستشفى (نقض ١٩٥٣/٣/١١ طعن ٨٢٢ سنة٥ق).

*** حدود سلطة الطبيب تشمل الولاية والأهلية:ــ**

الولاية:ــ يقصد بها أن تكون ولاية الطبيب قائمة أي يكون على رأس العمل وقت إصداره للتقرير، فإذا عزل أو وقف أو نقل تزول ولايته ولا يجوز له مباشرة عمله في هذه المستشفى، ويكون التقرير الطبي في هذه الحالة باطلا لإخلاله بشرط من شروط صحته.

الأهلية:ــ يقصد بالأهلية أن يكون الطبيب الذي قام بتوقيع الكشف الطبي وإصدار التقرير الطبي أهلا بإصداره، فيكون حاصلا على بكالوريوس الطب والجراحة ومقيدا بسجل الأطباء بوزارة الصحة ومقيدا بسجل نقابة الأطباء وأمضى سنة التدريب (الامتياز) وحصل على مؤهل يسمح بترقيته وظيفيا إلي درجة مساعد أخصائي أو أخصائي.

* **اختصاص الطبيب:ــ** يقصد به الاختصاص الموضوعي والمكاني لمصدر التقرير. **الاختصاص الموضوعي** يقصد به أي يكون الطبيب مختصا موضوعيا بأنواع الإصابات الواردة في التقرير، فلا يجوز لطبيب الأسنان أن يصدر تقريرا عن إصابات في غير مواضع الأسنان والفكين. **الاختصاص المكاني** يقصد به صدور التقرير من طبيب يعمل بمستشفى تقع في دائرة قسم الشرطة.

<u>أهمية التقرير الطبي كدليل فني</u>

قضت محكمة النقض بأنه من المقرر أنه متى تعرضت المحكمة لتفنيد رأي الخبير الفني فإنه يتعين عليها أن تستند في تفنيده إلي أسباب فنية تحمله، ومن ثم فإنه ما كان يسوغ للمحكمة أن تستند إلي أقوال الشهود في طرح الرأي الفني الذي أبداه الطبيب الشرعي (الطعن ١٠٧١ سنة ٣٥ق ١٩٦٥/١٢/٢ س١٦).

كما قضت بأن الأصل هو أنه ليس بلازم أن تطابق أقوال الشهود مضمون الدليل الفني بل يكفي أن يكون جماع الدليل القولي غير متناقض مع الدليل الفني

بحيث لا يستعصى على المواءمة والتوفيق (طعن ٤٠٩ س٣٤ق جلسة ١٩٦٤/١١/٣ س١٥ ص٦٣٧).

وقضت أيضا بأنه من المقرر أن التقارير الطبية وإن كانت لا تدل بذاتها على نسبة إحداث الإصابات إلي المتهم، إلا أنها كدليل مؤيد لأقوال الشهود في هذا الخصوص، فلا يعيب الحكم استناده إليها (الطعن رقم ٦٣٣ لسنة ٣٦ق ١٩٦٦/٦/٦ س١٧ ق١٣٧ ص٧٤٣).

كما قضت بأنه إذا استشهد المتهم على صحة دفاع قدمه لنفي التهمة عند بدليل فني كالكشف الطبي قائلا إن فيه ما يؤيد دفاعه من إصابة المجني عليه بسبب من غير ما ينسبه إليه المجني عليه من شهود الإثبات، فيجب على المحكمة أن تستظهر في حكمها الذي لم يؤخذ به الدفع ما يفيد ردها إن كان من طوبة كما يقول المتهم أو من عصا كما يقول المجني عليه، كان حكمها معيبا متعينا نقضه (نقض ١٩٣٨/١٠/٣١ مجموعة القواعد القانونية رقم ٢٦٣).

أيضا قضت بأنه إذا قرر المجني عليه المزعوم في روايته بأن الإصابة قطعية في الذراع الأيسر وأورد التقرير الطبي أن هناك إصابة كدمية بالذراع الأيمن، فإن التلفيق لا يحتاج إلي تعليق لموضوع التناقض بين التقرير الفني والدليل القولي، وأصبح ما بينهما يستعصى على الملائمة والتوفيق (طعن ٢٠٩ لسنة ٤٠ق بجلسة ١٩٧٠/٤/٥).

طريقة فحص المصابين عن الإصابات

طريقة فحص الجسد تبدأ بالرأس والعنق ثم الطرفين العلويين ثم الصدر فالبطن فالظهر ثم الطرفين السفليين وأخيراً الآليتين والمنطقة التناسلية، لكن هذا لا يمنع أن يسلك الطبيب الشرعي أي منهج آخر في الفحص يستريح له. يبدأ الفحص بالنظر لمواضع الإصابات بكامل الجسد، ثم يشرع الطبيب في تحسس مواضع الإصابات لوصف التورم وتألم المذكور عند تحسس موضع الإصابة.

علي الطبيب الشرعي أن يفحص الرأس والعنق والشخص يرتدي كامل ملابسه ثم يطلب منه خلع الملابس عن الجزء الذي سيفحصه ثم يطلب منه إعادة ارتداء الملابس بهذا الجزء بعد الانتهاء من فحصه ليخلع ملابسه عن جزء آخر. علي سبيل المثال بعد فحص الرأس والعنق يطلب الطبيب من الشخص خلع قميصه ليفحص الطرفين العلويين ثم يطلب منه خلع الفانلة الداخلية ليفحص الصدر والبطن والظهر ثم يطلب من الشخص ارتداء الفانلة والقميص ويخلع البنطلون لفحص الطرفين السفليين وأخيراً يطلب منه خلع سرواله التحتي إذا كانت هناك شكوى من الآليتين أو من الاعتداءات الجنسية. هذه الطريقة في خلع الملابس وارتدائها علي مراحل تعطي الفحص قيمة كبيرة لسببين: السبب الأول هو رفع الحرج عن الشخص بجعله عارياً بالكامل، والسبب الثاني هو متابعة حركات مفاصل الطرفين العلويين والسفليين للشخص أثناء خلع وارتداء الملابس حيث إن الشخص الذي يتصنع وجود إعاقات في الحركات بالتأكيد سيضيع تركيزه في إبراز تلك الإعاقات المصطنعة مع تعدد خلع وارتداء الملابس، بينما خلعه لملابسه مرة واحدة سيجعله شديد التركيز في افتعال الإعاقات.

يفحص الجلد فحصاً دقيقاً عن المظاهر الإصابية وفي حالة وجود أي مظهر إصابي يذكر موضعه تحديدا وأبعاده وشكله ولونه مقارنة بلون الجلد الطبيعي وعمقه ووجود تورم من عدمه ووجود وزم أو قشور أو تقرح أو فقاقيع أو أي مظاهر تشير لعدوي ميكروبية ثانوية.

يجب ذكر كل المرئيات لكل موضع ذكره الشخص سواء كانت هناك مرئيات إيجابية أم سلبية. بعد ذلك يتم فحص شعاعي لمواضع الإصابات للتأكد من سلامة العظام، وفي حالة إصابتها تحديد نوع الكسر ومداه وعمره. بعد ذلك يرسل الشخص لأي استشاري أو أخصائي يري الطبيب الشرعي ضرورة عرضه عليه للاستعانة برأيه، ويجري الفحوص التي تتطلبها الحالة مثل رسم العضلات أو سرعة توصيل العصب.

توثيق الإصابات يبدأ بالوصف الدقيق لموضع وأبعاد وطبيعة ولون الإصابة ثم رسمها في الرسومات التوضيحية لجسم الإنسان ثم بالتصوير الفوتوغرافي للإصابة باستخدام كاميرا ٣٥ مم أو كاميرا أكثر دقة ويفضل أن يشتمل التصوير علي إظهار وجه الشخص أولاً للتعرف عليه ثم تصوير موضع الإصابة ويفضل أن تكون الكاميرا تتمتع بخاصية إظهار الساعة والتاريخ. يفضل أن تؤخذ الصور في ضوء النهار العادي دون الاستعانة بالفلاش، وأن يوضع مقياس متري بجوار موضع الإصابة لتوضيح أبعاد الجرح في الصورة.

جرائم التزوير في الشهادات الطبية

العقاب في جرائم التزوير في الشهادات الطبية سواء حدث من فرد عادي أو من طبيب أو من في حكمه يمثل صورة مخففة من العقاب على التزوير، حيث يرى المشرع أن الضرر المترتب عليها ضئيل.

أولا:ـ التزوير في شهادة طبية من فرد عادي

نصت المادة ٢٢١ عقوبات على (كل شخص صنع بنفسه أو بواسطة شخص آخر شهادة مزورة على ثبوت عاهة لنفسه أو لغيره باسم طبيب أو جراح بقصد أن يخلص نفسه أو غيره من أي خدمة عمومية يعاقب بالحبس). يتضح من هذا النص القانوني أن المشرع اشترط لإعمال هذه المادة توافر ثلاثة شروط وهي:ـ

(أ) أن يقع التزوير بطريق الاصطناع

طرق التزوير قد تكون مادية أو معنوية. تشمل طرق التزوير المادي وضع إمضاءات أو أختام مزورة، تغيير المحررات أو الأختام أو الإمضاءات، زيادة الكلمات، وضع أسماء أو صور أشخاص آخرين مزورة، التقليد، الاصطناع. طرق التزوير المعنوي تشمل تغيير إقرار أولى الشأن أو جعل واقعة مزورة في صورة واقعة صحيحة. اشترط المشرع هنا أن يقع التزوير بالاصطناع وهو خلق محرر على غير مثال سابق.

أما إذا وقع التزوير بطريق آخر من طرق التزوير المادي غير الاصطناع فهناك رأيان. الرأي الأول: وهو الرأي الغالب يري عدم سريان المادة ٢٢١ وخضوع الورقة للعقاب المقرر طبقا للقواعد العامة بحسب ما إذا كانت الشهادة الطبية المزورة تتخذ شكل الورقة الرسمية أم العرفية. حجة هذا الرأي أن صور التخفيف في العقاب على التزوير في هذه المادة هو استثناء من الأصل فلا يصح القياس عليها أو التوسع في تطبيقها. الرأي الثاني يري سريان المادة ٢٢١ بحجة أن الاصطناع هو أشد طرق التزوير المادي جسامة ويشتمل في طياته جميع صور التزوير المادي، فإذا نص المشرع على التخفيف في صورة الاصطناع فإن ذلك يسرى (من باب أولى) على ما دونه من طرق التزوير المادي الأخرى التي تنصب على شهادة طبية صحيحة أصلا فتغير في حقيقتها.

أما إذا وقع التزوير بإحدى طرق التزوير المعنوي فلا تتوافر شروط تطبيق المادة ٢٢١، وتخضع الورقة للعقاب المقرر طبقا للقواعد العامة.

(ب) أن يقع التزوير علي شهادة طبية تفيد ثبوت عاهة للمزور أو لغيره وينسب صدورها إلي طبيب أو جراح.

(ج) أن يقصد المزور من اصطناع الشهادة الطبية تخليص نفسه أو غيره من أي خدمة عمومية مثل التهرب من أداء الخدمة العسكرية أو أداء الشهادة أمام المحاكم. بناء على ذلك لا يسري حكم التخفيف بتطبيق المادة ٢٢١ في الأحوال التي يقصد فيها المزور التخلص من خدمة خاصة مثل نقله إلي فرع بعيد للشركة أو تكليفه بالعمل ليلا. لكن يسري حكم المادة ٢٢١ على من تصطنع شهادة طبية مزورة تفيد فض غشاء بكارتها في واقعة إدعاء اغتصاب، والتي تصطنع شهادة طبية تثبت حملها كذبا لتعطيل النظر في دعوي الإرث.

ثانيا:ــ التزوير في شهادة طبية الواقع من طبيب أو من في حكمه

نصت المادة ٢٢٢ من قانون العقوبات المصري رقم ٥٨ لسنة ١٩٣٧م علي: ((كل طبيب أو جراح أو قابلة أعطي بطريق المجاملة شهادة أو بيانا

مزورا بشأن حمل أو مرض أو عاهة أو وفاة مع علمه بتزوير ذلك يعاقب بالحبس أو بغرامة لا تتجاوز خمسمائة جنيه مصري ، فإذا طلب لنفسه أو لغيره أو أخذ وعدا أو عطية للقيام بشيء من ذلك أو وقع الفعل نتيجة لرجاء أو توصية أو وساطة يعاقب بالعقوبات المقررة في باب الرشوة. ويعاقب الراشي والوسيط بالعقوبة المقررة للمرتشي أيضا)). إذا أعطيت هذه الشهادة الطبية بطريق المجاملة (أي بدون أجر) يسري التزوير المخفف الوارد بالمادة ٢٢٢ والتي اشترط المشرع لها أربعة شروط وهي:ـ

(أ) أن تكون الشهادة صادرة عن طبيب أو جراح أو قابلة مرخص له (أو لها) بمزاولة مهنة الطب، سواء كانوا موظفين عموميين أو غير موظفين. بالتالي لا يسرى هذا التخفيف على طبيب الامتياز بالرغم من حصوله على بكالوريوس الطب والجراحة لكونه غير مصرح له بمزاولة المهنة إلا بعد الانتهاء من سنة التدريب (الامتياز).

(ب) أن تنص الشهادة أو البيان كذبا علي إثبات أو نفي واقعة حمل أو مرض أو عاهة أو وفاة علي خلاف الحقيقة. أي إن هذا التزوير لا يقع إلا بطريق معنوي وهو جعل واقعة مزورة في صورة واقعة صحيحة. الشهادة يقصد بها ما يصدر كتابة عن الطبيب ومن في حكمه، أما البيان فهو ما يصدر شفاهة عن الطبيب ومن في حكمه ويجرى تدوينه من قبل شخص مختص منسوبا إلي قائله مثل ما يقرره الطبيب المنتدب من قبل المحكمة للشهادة أمامها فيدون كاتب الجلسة ما يقوله من أقوال مزورة في محضر الجلسة. تعتبر الشهادات الخاصة بالحالة العقلية للشخص من أخطر الشهادات، لذلك علي الطبيب أن يتروى في إصدارها لأنها تحد من حرية الشخص وقدرته علي التصرف. وعلي الطبيب أن يدرك أن أهل المريض طالبي الشهادة قد يتوافر لديهم سوء النية بالنسبة للمريض، وفي هذه الحالة يعاقب الطبيب إذا أعطي الشهادة بناء علي أقوالهم دون فحص كاف.

(ج) توافر القصد الجنائي وهو أن يكون الجاني عالما بأنه يثبت في الشهادة ما يخالف الحقيقة. فإذا كان الطبيب قد أصدر البيانات الواردة بالشهادة الطبية بجهل علمي أو إهمال في تحري الحقيقة فلا تقع عليه تهمة تزوير شهادة طبية.

(د) أن يكون إعطاء الشهادة أو البيان المزور علي سبيل المجاملة

نص المادة ٢٢٢ يوضح أن هناك فارقا بين ما إذا كانت الشهادة أعطيت لصاحبها عن طريق المجاملة فإن العقوبة تكون الحبس أو الغرامة بمبلغ لا يزيد عن ٥٠٠ جنيه، وبين أن تكون أعطيت تحت تأثير الوعد له بشيء أو إعطائه هدية أو عطية وفي هذه الحالة الأخيرة يحكم بعقوبة الرشوة وهي الأشغال الشاقة المؤبدة وغرامة لا تقل عن ألف جنيه ولا تزيد علي ما أعطي أو وعد به.

ثالثا:ـ تزوير الشهادات المقدمة للمحاكم

أحيانا يطلب متهم من الطبيب أن يعطيه شهادة طبية مزورة تفيد مرضه وقت ارتكاب المتهم فيها أمام المحكمة، أو يطلب شاهد من الطبيب منحه شهادة مرضية مزورة ليمتنع بعذر عن الذهاب للمحكمة أو بقصد التخلص من غرامة حكم بها عليه لتخلفه عن الحضور للشهادة بالمحكمة. إذا ثبت للمحكمة تزوير الشهادة الطبية فإن الطبيب يحاسب ويعاقب بالتزوير طبقا للمادة ٢٢٣ من قانون العقوبات التي تنص علي ((العقوبات المبينة بالمادتين السابقتين (أي المادتين ٢٢١، ٢٢٢) يحكم بها أيضا إذا كانت تلك الشهادة معدة لان تقدم إلي المحاكم)).

لم تحدد محكمة النقض نوع مرض معين يكتبه الطبيب بل يكفي أن تكون المعلومات الواردة بالشهادة الطبية غير صحيحة. أوردت محكمة النقض في أحد أحكامها ما يلي ((يكفي أن تكون الشهادة معدة لأن تقدم لإحدى المحاكم ولو لتعزيز طلب التأجيل حتى يحق العقاب علي تزويرها لأن تأجيل القضايا لسبب ظاهره شرعي وباطنه تدليسي فيه إضرار بمصلحة المتقاضين وبالمصلحة العامة التي تقتضيها سرعة إجراء العدل بين الناس وعدم التمهل فيه إلا لأسباب شرعية ظاهرا وباطنا)).


الفصل الثاني
جرائم
الجرح والضرب
وإعطاء المواد الضارة

الفصل الثاني

جرائم الجرح والضرب وإعطاء المواد الضارة

أولا:ـ الإصابات العمدية

محل الاعتداء

الحق محل الحماية الجنائية في هذه الجرائم هو الحق في سلامة الجسم وهو ما يعني حق الإنسان في الاحتفاظ بجسمه في حالته الطبيعية التي خلقه الله عليها دون الانتقاص من مادته أو تعديل لها أو لوظائف أعضائه سواء كان ذلك بصفة دائمة أو مؤقتة. محل الحماية الجنائية تشمل كل أنسجة وأعضاء الجسم الخارجية والداخلية بما فيها الأعضاء البشرية المنقولة (المزروعة). يخرج من الحماية الجنائية التي تصلح أن تكون محلا للاعتداء في جرائم الضرب والجرح وإعطاء المواد الضارة ما يلي:ـ

* الاعتداء على الحيوان الذي يعد قتله جريمة وفقا للمواد ٣٥٥، ٣٥٧، ٢/٣٨٠ع، أو الاعتداء على الجماد.

* إتلاف الأجهزة التعويضية مثل الساق أو العين الصناعية إذا لم يؤد الاعتداء إلي إصابات بأنسجة الجسم المحيطة بهذه الأجهزة، وذلك لأن هذه الأجهزة لا تعد من جسم الإنسان.

* الإصابات والجروح والأفعال التي يحدثها الشخص بنفسه، إلا إذا كان فعله يشكل جريمة مثل المطلوب للتجنيد الذي يضع مادة كيميائية بالعين لفقد إبصارها أو يبتر سلامية أو أكثر من أصابعه للتهرب من أداء الخدمة العسكرية. التجريم هنا يهدف لحماية حق الدولة في إلزام مواطنيها بالانخراط في الخدمة العسكرية للدفاع عنها.

* أعضاء الجثة، فلا يعتبر التمثيل بجثة المتوفى جريمة جرح أو ضرب ولكنها تخضع لحماية جنائية أخرى.

* الاعتداء على الجنين قبل ولادته الذي يخضع لجريمة الإسقاط وفقا للمواد ٢٦٠، ٢٦٤.

الركن المادي

الركن المادي يتكون من ثلاثة عناصر وهي الفعل والنتيجة وعلاقة السببية.

الفعل

تنص المادة ٢٣٦ من قانون العقوبات المصري على (كل من جرح أو ضرب أحدا عمدا أو أعطاه مواد ضارة .....)، وهذا يعني أن صور الفعل المعاقب عليها وفقا لهذه المادة هي الجرح أو الضرب أو أعطاء المواد الضارة.

(١) الجرح

يعرف الجرح بأنه قطع اتصال أي نسيج من أنسجة الجسم المختلفة نتيجة استخدام القوة. وهناك تعريفات فقهية متعددة للجروح منها: (الجرح هو كل مساس مادي بجسم المجني عليه من شأنه أن يؤدي إلي تغيرات ملموسة في أنسجته)، ومنها (هو كل اعتداء على جسم الإنسان يترتب عليه إصابة أنسجة الجسم الخارجية أو الداخلية مع تغير في الخواص الطبيعية لمنطقة الإصابة).

تحديد ماهية وأنواع الجروح هو من الأمور الفنية التي تدخل في نطاق عمل الأطباء، ولكن دون إلزام لمحكمة الموضوع. ولا يشترط استخدام الجاني لأداة محددة في إحداث الجرح، فتستوي في ذلك جميع الأدوات، وكذلك تتوافر الجريمة باستخدام الجاني لأعضاء جسمه كإحداث الجرح عن طريق العض أو ضغط الأظافر أو الشد والجذب. كما لا يشترط أن يحدث الجرح بيد الجاني، فيجوز أن يحدث نتيجة تحريض الجاني لحيوان مثل الكلب أو أن يحدث نتيجة إحداث الجاني لحفرة في طريق المجني عليه أو بتوصيل تيار كهربائي بالجسم.

(ب) الضرب

يقصد بالضرب أي اعتداء يمثل مساس بجسم الإنسان ولا ينشأ عنه جرح، مثل الصدم والضغط علي أعضاء الجسم والكدمات. هذه الصورة هي أشمل

صور الاعتداء حيث يقصد بها كل اعتداء على جسم الإنسان سواء ترك أثرا أم لم يترك أثر. تتحقق هذه الصورة سواء باستخدام الجاني لأداة أيا كان طبيعتها أو باستخدام جسده مثل الركل والدهس بالقدمين والصفع والجذب باليدين والعض. قضت محكمة النقض بأن محكمة الموضوع لا تلزم بأن تبين عدد الضربات ولا أن تذكر نوع الأداة التي استعملت متى استيقنت أن المتهم هو محدث هذه الإصابات فاستعمال المتهم حجرا مثلا يعد منه استعمالا لآلة في إحداث هذه الإصابات (نقض جلسة ١٩٦١/١/١٦ المكتب الفني س١٢ ص٩١).

يخرج من مفهوم الضرب البصق على وجه المجني عليه أو رش المجني عليه بالماء حيث تخضع للمادة ٩/٣٧٧ التي تنص على (يعاقب بغرامة لا تجاوز مائة جنيه كل من ارتكب فعلا من الأفعال الآتية: من وقعت منه مشاجرة أو تعد أو إيذاء خفيف ولم يحصل ضرب أو جرح).

(ج) إعطاء المواد الضارة

هذه الصورة تتحقق بمجرد مساس المادة الضارة بجسم الإنسان بأي صورة سواء عن طريق الفم أو الشرج أو المهبل أو الحقن أو الاستنشاق أو ملامسة الجلد أو العين ما دام ذلك أدى لامتصاص هذه المادة وسمح بدخول المادة الضارة للجسم. لم يحدد المشرع تعريفا للمادة الضارة، ولكن عرفها فقهاء بأنها (المادة التي يترتب على دخولها في جسم الإنسان بأي وسيلة من الوسائل الإخلال بالسير الطبيعي لوظائف أعضاء الجسم، مما يترتب على ذلك مرضه أو عجزه الوقتي عن العمل). أي يشترط لتوافر هذه الجريمة أن ينشأ عن إعطاء هذه المادة للمجني عليه مرض أو عجز وقتي عن العمل وفقا لنص المادة ٢٦٥ من قانون العقوبات التي تنص على (كل من أعطى عمدا لشخص جواهر غير قاتلة فنشأ عنها مرض أو عجز وقتي عن العمل يعاقب طبقا لأحكام المواد ٢٤٠ و ٢٤١ و ٢٤٢ على حسب جسامة ما نشأ عن الجريمة ووجود سبق الإصرار على ارتكابها أو عدم وجوده)، فإذا أسعف المجني عليه بالعلاج فلم تحدث المادة

الضارة آثارها فلا جريمة ولا عقاب نظرا لتخلف النتيجة التي يعاقب عليها القانون، ولأن الشروع في هذه الحالة لا عقاب عليه لعدم وجود نص.

لا يشترط لتحقق هذه الصورة أن تكون المادة ضارة بطبيعتها فقد تكون عقار علاجي يستخدم لعلاج مرض معين ولكن يحذر استخدامه مع بعض الأشخاص الذين يعانون من مشاكل صحية معينة مثل العقار الذي يمنع استخدامه للمريض الذي يعاني من زيادة في سيولة الدم، فإذا قام الجاني بإعطاء هذا المريض هذا العقار فتزيد حالة السيولة في الدم وقد تؤدي لنزيف دموي وتهدد حياة المريض بالخطر، وبالتالي تتحقق صورة إعطاء المواد الضارة. هنا يجرم إعطاء هذا العقار لهذا المريض، بينما لا يجرم هذا الفعل عند إعطائه لمريض آخر لا يعاني من مشاكل صحية تعوقه عن استخدام هذا العقار. أي إن المعول عليه هنا هو الأثر النهائي الذي تحدثه هذه المادة.

لا عبرة بمصدر المادة الضارة فقد يكون مصدرها طبيعيا أو تخليقيا أو الجاني نفسه إذا كان مصابا بمرض ما وتعمد نقله للمجني عليه مثل المصاب بالإيدز أو السيلان أو الزهري ويتعمد ممارسة الجنس مع طرف آخر بهدف نقل هذا المرض إليه.

إعطاء المواد الضارة يعتبر في حكم الضرب حتى ولو كانت المادة قاتلة أو سامة متى كان الجاني لا يقصد بها إزهاق الروح، فالعبرة في التمييز بين الشروع في القتل بالسم وبين إعطاء المواد الضارة هو القصد الجنائي فإذا توافر لديه القصد كان معاقبا على الشروع في القتل بالسم وإذا لم يتوافر لديه القصد يعاقب على إعطاء مواد ضارة.

<u>نتائج تحديد صور الاعتداء على سلامة الجسم في النص القانوني</u>

تحديد صور الاعتداء على سلامة الجسم بالجرح والضرب وإعطاء المواد الضارة يؤدي لانحسار الحماية الجنائية عن الحق في سلامة الجسم إذا اتخذ صورة غير هذه الصور الثلاث، مثل تهديد شخص أو إزعاجه بأي صورة من

الصور كإطلاق كلب عليه دون أن يمسه أو إطلاق طلق ناري بجواره دون أن يصيبه مما يؤدي لاختلال جهازه العصبي، أو تعمد نقل العدوى لشخص آخر بأي وسيلة. هذا الأمر جعل مذهب من القضاء يتوسع في تأويل معنى الجرح والضرب فأدخل فيها أفعالا ليس لها في اللغة مدلول الجرح والضرب.

النتيجة

هذه الجرائم جرائم نتيجة، أي إن القانون يقرر العقاب بناء على نتيجة تحققت فعلا بالمجني عليه ولا يعاقب على نتيجة محتملة، وبالتالي فإنه لا عقاب على الشروع في هذه الجرائم. صور النتيجة في جرائم الجرح والضرب وإعطاء المواد الضارة قد تكون إحدى الصور التالية:ـــ

* مرض أو عجز عن الأفعال الشخصية يشفى في مدة تقل عن عشرين يوما ولا يتخلف عنه عاهة مستديمة أو وفاة المجني عليه (جنح الضرب والجرح وإعطاء المواد الضارة البسيطة).

* مرض المجني عليه أو عجزه عن الأشغال الشخصية مدة تزيد عن عشرين يوما (جنح الضرب والجرح وإعطاء المواد الضارة المشددة).

* تخلف عاهة مستديمة بالمجني عليه (جناية الضرب الذي ينشأ عنه عاهة مستديمة).

* وفاة المجني عليه (جناية الضرب المفضي إلي الموت).

رابطة السببية بين الفعل والنتيجة

استقر قضاء محكمة النقض على أن الجاني يكون مسئولا عن جميع النتائج التي تحدث للمجني عليه نتيجة سلوكه الإجرامي في جريمة الضرب أو إحداث جرح عمد أو إعطاء المواد الضارة، ولو كانت عن طريق غير مباشر ما لم تحدث عوامل أجنبية غير مألوفة تقطع رابطة السببية بين فعل الجاني والنتيجة التي تخلفت بالمجني عليه. قيام رابطة السببية هي من الأمور الموضوعية التي تخضع لتقدير محكمة الموضوع، ومتى فصلت في شأنها إثباتا أو نفيا فلا رقابة

لمحكمة النقض عليها ما دامت قد أقامت حكمها في ذلك على أسباب تؤدي إلى ما انتهت إليه.

لذلك قضت محكمة النقض بأنه (لا يؤثر رفض المجني عليه إجراء جراحة خطيرة في قيام هذه الرابطة، متى توفى نتيجة عدم إجراء هذه الجراحة لأن المجني عليه مطالب بتحمل المداواة المعروفة ولا يلزم بتحمل عملية جراحية يكون من شأنها أن تعرض حياته للخطر أو أن تحدث له آلاما مبرحة). كذلك قضت محكمة النقض بأنه (لا يؤثر في قيام رابطة السببية خطأ المجني عليه بفرض وجوده ما دامت فعلة الجاني كانت هي العامل الأول الذي لولاه لما حدثت الوفاة). وقضت محكمة النقض أيضا بأنه (لا يؤثر في قيام رابطة السببية إهمال المجني عليه في علاج نفسه أو تراخيه في ذلك، ما لم يثبت أنه كان متعمدا تجسيم مسئولية الجاني).

<u>الركن المعنوي</u>

يتوافر الركن المعنوي هنا وهو القصد الجنائي متى ارتكب الجاني الفعل عن إرادة وعلم. يكفي في هذه الجرائم القصد الجنائي العام الذي يتوافر كلما ارتكب الجاني الفعل عن إرادة وعن علم بأن هذا الفعل يترتب عليه المساس بسلامة جسم المجني عليه أو صحته. قضت محكمة النقض بأنه (متى ثبت على الجاني ارتكابه جريمة إحداث جرح عمد تحمل قانونا مسئولية تغليظ العقاب على حسب نتيجة الجرح الذي أحدثه ومضاعفاته، ولو كان لم يقصد هذه النتيجة، مأخوذا في ذلك بقصده الاحتمالي، إذ كان يجب عليه أن يتوقع إمكان حصول النتائج التي قد تترتب على فعلته التي قصدها). أي إن العلم هنا يتطلب ضرورة أن يكون الجاني عالما بأن فعله يقع على جسم إنسان حي، وأن يكون الجاني عالما بأن من شأن فعله المساس بسلامة جسم المجني عليه، وأن يتوقع حصول النتائج. أما الإرادة فيقصد بها أن تتجه إرادة الجاني إلي الفعل الذي قام به، وإلي المساس بسلامة جسم المجني عليه. إذا توافر عنصري العلم والإرادة تحقق القصد

الجنائي دون اشتراط توافر نية الجاني الإضرار بالمجني عليه، إذ أن النوايا لا تعدو أن تكون مجرد بواعث على ارتكاب الجريمة لا شأن لها بالقصد الجنائي.

الناس أمام القانون سواء، لذلك لا يؤثر في توافر القصد الجنائي الغلط في شخص المجني عليه أو الخطأ في توجيه الفعل الذي يترتب عليه إصابة شخص غير المقصود. لذلك قضت محكمة النقض في نقض جلسة ١٩٣٥/١٢/٢٣ مجموعة الربع قرن ج٢ ص٨٢١ بأنه إذا قذف الجاني عدوه بحجر فأخطأته الرمية وأصابت آخر كان يسير مصادفة بجواره فإنه يسأل مسئولية عمدية. كذلك قضت بنقض جلسة ١٩٤٦/٢/١٨ مجموعة الربع قرن ج٢ ص٨٢١ بأن توجيه المتهم ضربة واحدة إلي امرأة وإصابتها بها هي وابنتها الصغيرة التي كانت تحملها ولم تكن مقصودة بذاتها، ذلك يجعله مسئولا عن إصابة البنت وعن مضاعفات الإصابة على أساس أنها متعمدة. وقد قضت محكمة النقض بالطعن رقم ٤٣٠٩ لسنة ٦٢ ق بجلسة ٢٠٠٠/١١/٦ بأنه لا يشترط أن يتحدث الحكم صراحة عن القصد الجنائي بل يمكن أن يفهم من عباراته.

<u>أسباب الإباحة في جرائم الجرح والضرب وإعطاء المواد الضارة</u>

فعل الجرح والضرب وإعطاء المواد الضارة يكون مباحا إذا كان استعمالا لحق مقرر بمقتضى القانون مثل حق الطبيب في إجراء جراحة للمريض وحق الزوج في تأديب الزوجة وحق ممارسة بعض الألعاب الرياضية مثل الملاكمة أو المصارعة وغيرها.

إجراء الطبيب لأي تداخل جراحي للمريض يعد استثناء من القواعد العامة التي توجب معاقبة كل شخص على ما يقع منه من جرائم. هذا الاستثناء يجب ألا يتوسع فيها حتى لا ينتفع بها إلا من قصرها عليهم القانون. لذلك قضت محكمة النقض بجلسة ١٩٧٤/٣/١١ المكتب الفني س٢٥ ص٢٦٣ بأن مؤدى نص المادة الأولى من كلا من القانون رقم ٤١٥ لسنة ١٩٥٤ والقانون رقم ١٤٨١ لسنة ١٩٥٤ أن حق القابلة لا يتعدى مهنة التوليد دون مباشرة غيرها من

الأفعال، ومن بينها عمليات الختان التي تدخل في عداد ما ورد بالمادة الأولى من القانون رقم ٤١٥ لسنة ١٩٥٤ التي تقصر فيها على من كان طبيبا مسجل اسمه بسجل الأطباء بوزارة الصحة وبجدول نقابة الأطباء، فإن القابلة تسأل عن جرحا عمديا بالمجني عليه بقيامها بإجراء عملية الختان التي تخرج عن نطاق الترخيص المعطى لها والذي نحصر حقها بمقتضاه في مباشرة مهنة التوليد دون غيرها.

أما فيما يخص حق الزوج في تأديب زوجته فقد قضت محكمة النقض بجلسة ١٩٨١/١١/١١ المكتب الفني س٣٢ رقم ١٤٩ بأنه (من المقرر وإن كان حقا للزوج إباحة الإيذاء الخفيف، فإذا تجاوز الزوج هذا الحد فأحدث أذى بجسم زوجته، كان معاقبا عليه قانونا حتى ولو كان الأثر الذي حدث بجسم الزوجة لم يزد عن سحجات بسيطة).

جنحة الضرب والجرح وإعطاء المواد الضارة في صورتها البسيطة

هي الجريمة التي يترتب عليها مرض أو عجز عن الأفعال الشخصية مدة تقل عن عشرين يوما ودون تخلف عاهة مستديمة أو وفاة المجني عليه. تتميز هذه الجريمة بالآتي:ـ

* ليس لها أركان مميزة.
* لا يشترط أن يحدث فعل الجاني جرحا أو أن ينشأ عنه مرض أو عجز، بل يعد الفعل ضربا ولو حدث باليد لمرة واحدة سواء ترك أثرا بجسد المجني عليه أو لم يترك أثرا.
* لا تعد جريمة نتيجة، أي إنه لا يشترط للعقاب عليها حصول نتيجة إجرامية معينة. لذلك قضت محكمة النقض إنه (لا يلزم لصحة حكم الإدانة أن يبين الحكم موقع الإصابات التي أنزلها الطاعنان بالمجني عليها ولا أثرها ولا درجة جسامتها).

العقوبة

عقوبة جريمة الضرب والجرح وإعطاء المواد الضارة البسيطة وفقا لنص المادة ٢٤٢ من قانون العقوبات هي الحبس مدة لا تزيد علي سنة أو بغرامة لا تقل عن عشرة جنيهات ولا تجاوز مائتي جنيه مصري.

جنح الجرح والضرب وإعطاء المواد الضارة في صورتها المشددة

يتم تشديد عقوبة هذه الجرائم متى توافر أحد الظروف المحددة في القانون على سبيل الحصر وهي:-

(١) مرض المجني عليه أو عجزه عن الأشغال الشخصية مدة تزيد عن عشرين يوما:-

تنص المادة ٢٤١ من قانون العقوبات المصري رقم ٥٨ لسنة ١٩٣٧م على **(كل من أحدث بغيره جرحا أو ضربا نشأ عنه مرض أو عجز عن الأشغال الشخصية مدة تزيد علي عشرين يوما يعاقب بالحبس مدة لا تزيد عن سنتين أو بغرامة لا تقل عن عشرين جنيها مصريا، ولا تجاوز ثلاثمائة جنيه مصري.**

أما إذا صدر الضرب أو الجرح عن سبق إصرار أو ترصد أو حصل باستعمال أية أسلحة أو عصي أو آلات أخرى فتكون العقوبة الحبس.

وتكون العقوبة السجن الذي لا تزيد مدته على خمس سنوات إذا ارتكبت أي منها تنفيذا لغرض إرهابي).

مرض المجني عليه يقصد به اعتلال وظيفة أو أكثر من الوظائف البدنية أو العقلية أو النفسية لجسد المجني عليه، مما يعطل هذه الوظيفة لمدة تزيد عن عشرين يوما ولكنها قابلة للشفاء، ولا يشترط لتوافر هذا الظرف ملازمة المجني عليه للفراش.

عجز المجني عليه عن الأشغال الشخصية لا يقصد به تلك الأشغال التي ترتبط بمهنة المجني عليه، بل يقصد بها الأشغال الشخصية التي يشترك فيها كل إنسان صحيح مثل استخدام اليد والوقوف والمشي والجلوس وتناول الطعام والشراب وغيرها.

هناك خلاف شديد حول تحديد مدة المرض أو العجز حيث ترى معظم الآراء القانونية وبعض الآراء الفقهية أن مدة العلاج تبدأ من يوم ارتكاب الجاني لفعل الضرب أو الجرح أو إعطاء المواد الضارة وتنتهي يوم شفاء المجني عليه

من المرض أو مزاولته لأعماله الشخصية. هذه الطريقة تثير مشاكل عملية كبيرة وهي ترك أمر تحديد مدة العلاج للطبيب المعالج وهو ما قد يحدث فيه تلاعب، وقد يتراخى المجني عليه في تناول العلاج ليطيل مدة العلاج ليتحقق الظرف المشدد. أيضا هذه الطريقة تعرضنا لبعض المشاكل القانونية وهي وفاة المجني عليه (لسبب آخر) قبل مرور عشرين يوما وقبل التئام جروحه فهل تحسب مدة العلاج أقل من عشرين يوما أو أكثر من ذلك. يرى بعض الفقهاء أن التقرير باستمرار المرض أو العجز مدة تزيد عن عشرين يوما هو أمر غير مقطوع به إلا بانتهاء هذه المدة، أما إذا توفى قبل التئام جروحه فهناك احتمال بأن يشفى من عجزه أو مرضه قبل عشرين يوما. ويرى البعض الآخر من الفقهاء ومحكمة النقض إلي تحقق الظرف المشدد وسندهم عدم استفادة الجاني من سبب عارض وهو وفاة المجني عليه. تطبيق هذا الظرف المشدد يشترط أن يبين الحكم أثر الإصابة على المجني عليه، لذلك قضت محكمة النقض بجلسة ١٩٨١/٤/٢٦ المكتب الفني س٣٢ رقم ٧١ بأنه يجب على الحكم في مجال تطبيق المادة ٢٤١ أن يبين أثر الجروح والضربات ودرجة جسامتها، فإذا لم يبين الحكم مدى أثر الإصابة التي أحدثها المتهم بالمجني عليه على جسمه من مرض أو عجز عن أشغاله الشخصية فإن حكمها يكون معيبا بالقصور.

في رأيي الشخصي أن مدة العلاج يجب أن تحسب على حسب نوع النسيج المصاب حيث تقدر مدة العلاج طبقا لمعدلات التئام هذه الأنسجة المتعارف عليها بعلم الأنسجة، وعلى ذلك تكون مدة العلاج أكثر من عشرين يوما في ثلاث حالات فقط وهي كسور العظام وقطوع الأعصاب وقطوع الأوتار لأن التئام العظام والأعصاب والأوتار وعودتها لوظيفتها الطبيعية تستغرق أكثر من عشرين يوما. أما الإصابات والجروح بباقي أنسجة الجسم مهما كانت فإن مدة علاجها أقل من عشرين يوما. هذا المبدأ يبعدنا عن التلاعب في تحديد مدة

العلاج بالمستشفيات، ويبعدنا عن دراسة قطع رابطة السببية بامتناع أو تراخي المجني عليه بتناول علاجه لزيادة مدة العلاج.

العقوبة

وفقا لنص المادة ٢٤١ من قانون العقوبات فإن عقوبة جريمة مرض المجني عليه أو عجزه عن الأشغال الشخصية مدة تزيد عن عشرين يوما هي الحبس مدة لا تزيد عن سنتين أو بغرامة لا تقل عن عشرين جنيها مصريا، ولا تجاوز ثلاثمائة جنيه مصري.

تشدد العقوبة إلي الحبس إذا اقترن بظرف أو أكثر من الظروف الثلاثة التالية وهي: سبق الإصرار، أو الترصد، أو استعمال أية أسلحة أو عصي أو آلات أو أدوات أخرى.

وتشدد العقوبة أيضا إلي السجن الذي لا تزيد مدته على خمس سنوات إذا ارتكبت أي منها تنفيذا لغرض إرهابي.

(٢) جرائم الجرح والضرب وإعطاء المواد الضارة مع سبق الإصرار والترصد:

سبق الإصرار

عرفت المادة ٢٣١ من قانون العقوبات سبق الإصرار بأنه (هو القصد المصمم عليه قبل الفعل لارتكاب جنحة أو جناية يكون غرض المصر منها إيذاء شخص معين أو أي شخص غير معين وجده أو صادفه سواء كان ذلك القصد معلقا على حدوث أمر أو موقوفا على شرط).

أما محكمة النقض فقد عرفته بأنه (حالة ذهنية تقوم بنفس الجاني قد لا يكون لها في الخارج أثر محسوس يدل عليها مباشرة). وعرفته في تعريف آخر بأنه (يستلزم بطبيعته أن يكون الجاني قد فكر فيما اعتزمه وتدبر عواقبه وهو هادئ البال، فإذا لم يتيسر له التدبير والتفكير وارتكب جريمته وهو تحت تأثير عامل من الغضب والهياج فلا يكون سبق الإصرار متوافرا).

أي إن سبق الإصرار هي حالة ذهنية يستدل عليها ويستفاد من وقائع وظروف خارجية يستخلصها القاضي منها استخلاصا ما دام موجب هذه الوقائع والظروف لا يتنافر عقلا مع هذا الاستنتاج. وللقاضي سلطة واسعة في استخلاصه مثل سبق تهديد الجاني للمجني عليه أو قيام المتهم بشراء السلاح المستخدم في الجريمة.

يتوافر سبق الإصرار سواء كان محددا بالاعتداء على شخص معين بالذات أو شخص غير معين بذاته. كذلك يتوافر في حالة الغلط في توجيه الفعل، أو الخطأ في شخصية المجني عليه كالذي يقصد إصابة غريمه فيخطئ ويصيب شخص آخر للتشابه بينهما أو بسبب الظلام الدامس أو الضباب الكثيف.

سبق الإصرار يقوم على عنصرين وهما عنصر زمني وعنصر نفساني. العنصر الزمني يعني مرور فترة من الوقت بين التفكير في ارتكاب الجريمة وعزم الجاني علي تنفيذها وبين ارتكابها بالفعل. هذه الفترة من الوقت لم يحددها القانون ويستحيل عمليا تحديدها، وكل ما يمكن قوله إنها لا يجب أن تكون فترة قصيرة بحيث لا يمكن أن تكون محلا للتفكير الهادئ المتروي. هذا ما أكدته محكمة النقض في حكمها الذي جاء به (أنه إذا كان الثابت بالحكم أن المتهم عند رؤيته المجني عليه مارا بمنزله أخذ السكين وتعقبه إلي المكان الذي وقف فيه يتكلم، وهو لا يبعد عن منزله أكثر من خمسة وثلاثين مترا، ثم انقض عليه وطعنه بالسكين فإن هذا لا يبرر القول بأن المتهم كان لديه الوقت الكافي للتدبر والتروي فيما أقدم عليه).

أما العنصر النفساني فيعني أن التفكير في الجريمة والتصميم على ارتكابها قد تم والجاني هادئ النفس بعيدا عن الغضب والمؤثرات التي تهيج المشاعر فلا يستطيع الإنسان السيطرة على ردود الفعل التي تنشأ من هذه المؤثرات. لذلك قضت محكمة النقض (أن الجاني الذي يقارف القتل مدفوعا بعامل الغضب والانفعال يعد مرتكبا لجناية القتل عمدا من غير سبق الإصرار، بخلاف ما إذا

كان قد أقدم على القتل وهو هادئ البال بعد أن زال عنه تأثير الغضب فإنه يعد مرتكبا لجريمة القتل عمدا مع سبق الإصرار). وأيضا قضت محكمة النقض بأنه (ليست العبرة في توافر ظرف سبق الإصرار بمضي الزمن لذاته بين التصميم على الجريمة ووقوعها، طال هذا الزمن أو قصر، بل العبرة هي بما يقع في ذلك الزمن من التفكير والتدبير).

التر صد

عرفت المادة ٢٣٢ من قانون العقوبات الترصد بأنه (هو تربص الإنسان لشخص في جهة أو جهات كثيرة مدة من الزمن طويلة كانت أو قصيرة ليتوصل إلي قتل ذلك الشخص أو إلي إيذائه بالضرب ونحوه). أما محكمة النقض فقد عرفته بقولها (العبرة في قيام الترصد هو بتربص الجاني وترقبه للمجني عليه فترة من الزمن طالت أم قصرت في مكان يتوقع قدومه إليه، ليتوصل بذلك إلي الاعتداء عليه، دون أن يؤثر في ذلك أن يكون الترصد في مكان خاص بالجاني).

يقوم الترصد على ثلاثة عناصر وهي عنصر زمني وعنصر مكاني وعنصر نفسي. العنصر الزمني يعني مرور فترة زمنية على وجود الجاني في الجهة أو الجهات التي يرتكب فيها الجاني الاعتداء على الشخص أو الأشخاص المراد الاعتداء عليه. أما العنصر الثاني وهو العنصر المكاني فلا يشترط فيه شروطا أو مواصفات خاصة فقد يكون هذا المكان مكانا عاما يرتاده الناس بدون تمييز مثل الطرق والمرافق العامة ووسائل النقل العام، وقد يكون مكانا خاصا مثل المنازل والسيارات الخاصة. كذلك لا يشترط في المكان أن يكون مملوكا للجاني أو المجني عليه. العنصر الثالث وهو العنصر النفسي الذي يعني توقع الجاني مرور أو تواجد المجني عليه في المكان الذي ينتظره فيه. وقد عرفت محكمة النقض الترصد بأن (ظروف الترصد تتحقق بانتظار الجاني للمجني عليه في الطريق الذي يعرف أنه سوف يأتي منه). إثبات الترصد مسألة موضوعية يدخل

في نطاق سلطة قاضي الموضوع وله أن يستنتجه من ظروف الدعوى وعناصرها ولا رقابة لمحكمة النقض عليها في ذلك، إلا إذا كان مؤدى تلك الظروف لا تصلح عقلا لهذا الاستنتاج.

العقوبة

* إذا اقترن سبق الإصرار أو الترصد بجريمة جرح أو ضرب أو إعطاء مواد ضارة في صورتها البسيطة تشدد العقوبة إلي الحبس مدة لا تزيد عن سنتين أو الغرامة التي لا تقل عن عشرة جنيهات ولا تجاوز ثلاثمائة جنيه، وذلك وفقا لنص المادة ٢٤٢ من قانون العقوبات.

* إذا اقترن سبق الإصرار أو الترصد بجريمة جرح أو ضرب أو إعطاء مواد ضارة التي ترتب عنها مرض أو عجز عن الأشغال الشخصية مدة تزيد على عشرين يوما تشدد العقوبة للحبس الوجوبي بما لا يجاوز ثلاث سنوات، وذلك وفقا لنص المادة ٢٤١ من قانون العقوبات.

(٣) الجرح والضرب باستعمال أسلحة أو عصي أو آلات أو أدوات أخرى

يقع هذا الظرف المشدد باستخدام الجاني لسلاح أو عصى أو أي أداة أخرى، وبالتالي يدخل فيها إلقاء الطوب والحجارة وأغصان الشجر وغيرها.

العقوبة

اقتران الجرح والضرب باستعمال أسلحة أو عصي أو آلات أو أدوات أخرى سواء في صورتها البسيطة (أي شفيت في مدة تقل عن عشرين يوما) أو التي ترتب عنها مرض أو عجز عن الأشغال الشخصية مدة تزيد على عشرين يوما تشدد العقوبة للحبس الوجوبي بما لا يجاوز ثلاث سنوات، وذلك وفقا لنص المادة ٢٤٢ من قانون العقوبات (في الحالة الأولى) والمادة ٢٤١ من قانون العقوبات (في الحالة الثانية).

(٤) الضرب والجرح باستعمال الأسلحة من عصبة أو تجمهر

تنص المادة ٢٤٣ من قانون العقوبات على (**إذا حصل الضرب أو الجرح المذكوران في مادتي ٢٤١، ٢٤٢ بواسطة استعمال أسلحة أو عصي أو آلات أخرى من واحد أو أكثر ضمن عصبة أو تجمهر مؤلف من خمسة أشخاص على الأقل توافقوا على التعدي والإيذاء فتكون العقوبة الحبس**). توافر هذا الظرف المشدد يتطلب توافر خمسة عناصر وهي:ـ

(أ) ارتكاب جنحة جرح أو ضرب سواء في صورتها البسيطة (أي شفيت في مدة تقل عن عشرين يوما) أو التي ترتب عنها مرض أو عجز عن الأشغال الشخصية مدة تزيد على عشرين يوما.

(ب) استعمال أسلحة في الاعتداء كما ورد ذكره في الظرف المشدد الثالث. لا يتطلب توافر هذا الشرط أن يحمل ويستعمل جميع أفراد العصبة أو التجمهر أسلحة أو أدوات، وإنما يكفي أن يقوم واحد منهم أو أكثر باستعمال هذه الأدوات. أي إن هذا الشرط ينتفي إذا لم تستعمل هذه الأدوات (أي كانوا يحملوها فقط دون استعمالها).

(ج) وجود عصبة أو تجمهر: العصبة يقصد بها مجموعة من الأفراد يعرف كل منهم الآخر اجتمعوا لغرض معين بناء على اتفاق مسبق. التجمهر يقصد به مجموعة من الأفراد غير متعارفين اجتمعوا في مسرح الحادث مصادفة أو عرضا.

(د) ألا يقل عدد أفراد العصبة أو التجمهر عن خمسة.

(هـ) التوافق على التعدي والإيذاء: عرفت محكمة النقض التوافق على التعدي والإيذاء بأنه قيام فكرة الإجرام بعينها عند كل من المتهمين، أي توارد خواطرهم على الإجرام واتجاه خاطر كل منهم اتجاها ذاتيا إلي ما تتجه إليه خواطر سائر أهل فريقه من تعمد إيقاع الأذى بالمجني عليه(نقض ١٩٤٩/٣/٢٨ ج١ رقم٨٤٧ ص٨١١). أيضا قضت محكمة النقض بأنه لا يشترط للعقاب أن يكون لدى

المتهمين سبق إصرار على الضرب أو بينهم اتفاق عليه بل يكفي مجرد توافقهم على إيقاع الأذى بالمجني عليه فإذا أدانت المحكمة الذين ضربوا المجني عليه بالمادة المذكورة على أساس أنهم قد تواردت خواطرهم على الإجرام واتجهت اتجاها ذاتيا نحو الجريمة فإنها تكون قد طبقت القانون على الوجه الصحيح (نقض جلسة ١٩٤٠/٦/١٧ مجموعة الربع قرن ج٢ ص٨٢٧).

ويكفي لمساءلة أفراد العصبة أو التجمهر ارتكاب أحدهم للفعل ولو كان قد تعذر تعيين هذا الشخص، لذلك قضت محكمة النقض بأنه إذا كان الحكم قد أثبت وجود المتهمين جميعا في مكان الحادث واشتراكهم في التجمهر والعصبة التي توافقت على التعدي والإيذاء، وتعدى بعضهم بالضرب على المجني عليه بالعصي التي كانوا يحملونها فإن أركان الجريمة المنصوص عليها في المادة ٢٤٣ من قانون العقوبات تكون قد تحققت، وليس من الضروري بعد ذلك أن يبين الحكم من اعتدى من المتهمين المتجمهرين بالذات على المجني عليه (نقض جلسة ١٩٥٤/١١/٢٢ مجموعة الربع قرن ج٢ ص٨٢٧).

العقوبة

اقتران الجرح والضرب باستعمال الأسلحة من عصبة أو تجمهر سواء في صورتها البسيطة (أي شفيت في مدة تقل عن عشرين يوما) أو التي ترتب عنها مرض أو عجز عن الأشغال الشخصية مدة تزيد على عشرين يوما يشدد العقوبة للحبس الوجوبي بما لا يجاوز ثلاث سنوات، وذلك وفقا لنص المادة ٢٤٣ من قانون العقوبات.

(٥) وقوع الضرب أو الجرح على عمال النقل العام

تنص المادة ٢٤٣ مكرر من قانون العقوبات على **(يكون الحد الأدنى للعقوبات في الجرائم المنصوص عليها في المواد الثلاث السابقة خمسة عشر يوما بالنسبة إلي عقوبة الحبس وعشرة جنيهات بالنسبة إلي عقوبة الغرامة إذا كان المجني عليه فيها عاملا بالسكك الحديدية أو غيرها من وسائل النقل**

العام ووقع عليه الاعتداء وقت أداء عمله أثناء سيرها أو توقفها بالمحطات).

توافر هذا الظرف المشدد يتطلب توافر أربعة عناصر وهي:ـ

(أ) ارتكاب جنحة جرح أو ضرب سواء في صورتها البسيطة (أي شفيت في مدة تقل عن عشرين يوما) أو التي ترتب عنها مرض أو عجز عن الأشغال الشخصية مدة تزيد على عشرين يوما أو وقع الضرب أو الجرح بواسطة استعمال أسلحة وغيرها من واحد أو أكثر ضمن عصبة أو تجمهر. هذا التشديد مقتصر على جنح الجرح والضرب، ولا مجال له في جرائم القتل أو جريمة إعطاء المواد الضارة أو جنايات الجرح والضرب.

(ب) أن يكون المجني عليه من العاملين في بمرفق النقل العام بوسيلة النقل العام التي ارتكب فيها الفعل، أي يسري هذا الظرف على السائق والمحصل ولا تسري على ناظر أو معاون محطة القطار أو محطة الأتوبيس.

(ج) أن تقع الجريمة وقت أداء المجني عليه لعمله. فلا يسري هذا الظرف على العامل بعد مغادرته وسيلة النقل أو قبل تحرك وسيلة النقل من محطة القيام أو إذا كانت وسيلة النقل متعطلة عن العمل رغم تواجد المجني عليه فيها.

(د) أن تقع الجريمة في وسيلة نقل أثناء عملها، أي أثناء سيرها أو وقوفها في المحطات، بمعني تواجد الجمهور داخل وسيلة النقل وقت ارتكاب الجريمة بها. أي لا يتحقق هذا الظرف المشدد إذا وقعت الجريمة في وسيلة من وسائل النقل قبل أن تتحرك من محطة القيام أو الوصول.

<u>**العقوبة**</u>

مظهر التشديد هنا هو كون الحد الأدنى لعقوبة الحبس خمسة عشر يوما وليست الحبس لمدة أسبوع، مع بقاء الحد الأقصى كما هو (ثلاث سنوات).

<u>**(٦) وقوع الضرب أو الجرح على جريح حرب**</u>

تنص المادة ٢٥١ مكرر من قانون العقوبات على **(إذا ارتكبت الجرائم المنصوص عليها في هذا الفصل أثناء الحرب على الجرحى حتى من الأعداء**

فيعاقب مرتكبها بنفس العقوبات المقررة لما يرتكب من هذه الجرائم بسبق الإصرار والترصد). يشترط لتحقق هذا الظرف المشدد عنصرين وهما:ـ

(أ) أن يكون المجني عليه من جرحى الحرب.

(ب) أن تقع الجريمة في زمن الحرب.

يستوي في هذه الجريمة أن تكون جرحا أو ضربا أفضى إلي الموت أو إلي عاهة مستديمة.

العقوبة

* الحبس مدة لا تزيد على سنتين أو غرامة لا تقل عن عشرة جنيهات ولا تجاوز ثلاثمائة جنيه في حالة إذا كان الضرب أو الجرح بسيطا، وأيضا في حالة إذا ترتب عن الجرح أو الضرب مرض أو عجز يجاوز عشرين يوما.

* الأشغال الشاقة المؤقتة أو السجن إذا أفضى فعل الجاني إلي موت المجني عليه.

*الأشغال الشاقة من ثلاث سنوات إلي عشر إذا تخلف لدى المجني عليه عاهة مستديمة.

جنايات الجرح والضرب وإعطاء المواد الضارة

(١) جناية الضرب المفضي إلي الموت

تنص المادة ٢٣٦ من قانون العقوبات على (كل من جرح أو ضرب أحدا عمدا أو أعطاه مواد ضارة ولم يقصد من ذلك قتلا ولكنه أفضى إلي الموت يعاقب بالسجن المشدد أو السجن من ثلاث سنوات إلي سبع.

وأما إذا سبق ذلك إصرار أو ترصد فتكون العقوبة السجن المشدد أو السجن.

وتكون العقوبة السجن المشدد أو السجن إذا ارتكبت الجريمة المنصوص عليها في المادة ٢٣٦ لغرض إرهابي، فإذا كانت مسبوقة بإصرار أو ترصد تكون العقوبة السجن المؤبد أو المشدد).

الركن المادي

يتكون الركن المادي من ثلاثة عناصر وهي الفعل والنتيجة وعلاقة السببية.

الفعل

يتسع مفهوم الفعل ليشمل أي اعتداء يقع على المجني عليه ويؤدي إلي الوفاة، مثل ضغط رجل الشرطة على عنق المتهم الخطير ليغيب عن الوعي ليستطيع السيطرة عليه ويضع القيود في يديه فيؤدي لوفاته. هذا الضغط لا يندرج تحت مفهوم الجرح أو الضرب أو إعطاء المواد الضارة.

النتيجة

يتعين لقيام مسئولية الجاني عن جريمة الضرب المفضي إلي الموت تحقق وفاة المجني عليه على اعتبار أنها جريمة ذات نتيجة، وليس بشرط أن يكون الموت فوريا وإنما يمكن أن يتأخر طالما أن علاقة السببية قد توافرت بين فعل الجاني وهذه الوفاة.

علاقة السببية

علاقة السببية تعني أن وفاة المجني عليه كانت نتيجة لفعل الجاني. قضت محكمة النقض بأن إثبات علاقة السببية في المواد الجنائية مسألة موضوعية

ينفرد بتقديرها قاضي الموضوع فلا تجوز مجادلته في ذلك أمام محكمة النقض ما دام الحكم أقام القضاء في هذا الشأن على أسباب تؤدي إلي ما انتهى إليه (نقض جلسة ١٩٦٥/٣/٨- المكتب الفني س٣٤ ص ٧٦٥). وقضت أيضا بأن لمحكمة الموضوع بما لها من حق التقدير كامل الحرية في الأخذ بما تطمئن إليه من التقارير الفنية والالتفات عما لا تطمئن إليه منها (نقض جلسة ١٩٨١/٤/٢ المكتب الفني س٣٢ ص٣١٦). كما قضت بأنه يجب أن يثبت الحكم توافر علاقة السببية بين الفعل والموت وإلا كان قاصر البيان مستوجبا نقضه (الطعن رقم ٢٠٨٧٣ لسنة ٦٠ ق بجلسة ١٩٩٢/٥/٧). وقضت أيضا بأن اقتصار الحكم على بيان الإصابات الواردة بالتقرير الطبي التشريحي فقط يكون قاصرا في بيان رابطة السببية بين تلك الإصابات التي حدثت بالمجني عليه وبين الوفاة (نقض جلسة ١٩٦٠/١١/٧- المكتب الفني س١١ ص٦٤٤). وقضت كذلك بأن القانون الجنائي لم يجعل لإثبات جريمة الضرب المفضي إلي الموت طريقا خاصا والعبرة فيه بما تطمئن إليه المحكمة من الأدلة السائغة (الطعن رقم ٤٦٨٣٢ لسنة ٥٩ ق بجلسة ١٩٩٠/١٠/١٨).

في ثبوت علاقة السببية قضت محكمة النقض بمسئولية المتهم في جريمة الضرب المفضي إلي الموت عن جميع النتائج المحتمل حصولها من الإصابة، ولو كانت عن طريق غير مباشر ما لم يثبت أن المجني عليه كان متعمدا لتجسيم المسئولية (نقض جلسة ١٩٨٠/٣/٦ المكتب الفني س٣١ ص ٣٣٩). كما قضت بأن مرض المجني عليه إنما هو من الأمور الثانوية التي لا تقطع رابطة السببية بين الفعل المسند إلي المتهم والنتيجة التي انتهى إليها أمر المجني عليه بسبب إصابته (الطعن رقم ٤٤٨٠١ لسنة ٥٩ ق بجلسة ١٩٩٠/١٠/٩م). أيضا قضت بأنه إذا كان الانفعال والمجهود الجسماني وآلام الإصابة الناشئة عن التعدي قد ساهمت في إحداث الوفاة فإن في ذلك ما يحقق مسئولية المتهم في صحيح القانون لأنه كان من واجبه أن يتوقع حصولها، كما أن مرض المجني عليه إنما

هو من الأمور الثانوية التي لا تقطع هذه الرابطة (نقض جلسة ١٣/٣/١٩٨٠ المكتب الفني س٣١ ص٣٧٩).

تنتفي رابطة السببية إذا ثبت أنه لم يكن في استطاعة المتهم ولم يكن واجبا عليه توقع العوامل التي ساهمت مع فعله في حدوث الوفاة متى ثبت أن حدوث الوفاة لم يكن مرده الفعل بل كان لسبب آخر غير مألوف. لذلك قضت محكمة النقض بأن الوفاة التي حصلت نتيجة هبوط القلب المفاجئ عقب إعطاء حقنة البنسلين بسبب حساسية المجني عليها وهي حساسية خاصة بجسم المجني عليها كامنة فيه وليس هناك أي مظاهر خارجية تنم عنها أو تدل عليها ولم يتحوط لها الطب حتى اليوم ولا سلطان له عليها، فإن المحكمة لا تكون قد أخطأت إن هي لم تحمل المتهم المسئولية عن وفاة المجني عليها (نقض جلسة ٢٥/٦/١٩٥٧ المكتب الفني س٨ ص٦٤٤).

<u>الركن المعنوي</u>

يتمثل الركن المعنوي في القصد الجنائي العام بشقيه الإيجابي والسلبي. الشق الإيجابي يعني اتجاه إرادة الجاني عن علم إلي إتيان فعل الضرب أو إحداث الجرح أو إعطاء المادة الضارة. قضت محكمة النقض بأن القصد الجنائي في جرائم الضرب عامة ومنها جريمة الضرب المفضي إلي الموت يتحقق متى ارتكب الجاني الفعل عن إرادة وعلم بأن هذا الفعل يترتب عنه المساس بسلامة المجني عليه أو صحته ولا يلزم تحدث الحكم صراحة عنه بل يكفي أن يكون مفهوما من وقائع الدعوى كما أوردها الحكم (الطعن رقم ٢٣٨٥١ لسنة ٥٩ ق بجلسة ٢٢/٣/١٩٩٠م). أما الشق السلبي فإنه يعني عدم اتجاه إرادة الجاني إلي إحداث الوفاة.

<u>العقوبة</u>

* السجن المشدد أو السجن من ثلاث سنوات إلي سبع سنوات.

* الأشغال الشاقة المؤقتة أو السجن إذا اقترن فعل الجاني بسبق الإصرار أو الترصد، أو إذا وقع الفعل على جريح حرب.

* يجوز للمحكمة استخدام المادة ١٧ من قانون العقوبات التي تتيح النـــزول بعقوبة السجن إلي عقوبة الحبس التي لا يجوز أن تنقص عن ثلاثة شهور.

(٢) جناية الضرب الذي ينشأ عنه عاهة مستديمة

تنص المادة ٢٤٠ من قانون العقوبات المصري علي **(كل من أحدث بغيره جرحا أو ضربا نشأ عنه قطع أو انفصال عضو أو فقد منفعته أو نشأ عنه كف البصر أو فقد إحدى العينين أو نشأ عنه أي عاهة مستديمة يستحيل برؤها يعاقب بالسجن من ثلاث سنين إلي خمس سنين. أما إذا كان الضرب أو الجرح صادرا عن سبق إصرار أو ترصد أو تربص فيحكم بالأشغال الشاقة من ثلاث سنين إلي عشر سنين.**

ويضاعف الحد الأقصى للعقوبات إذا ارتكبت الجريمة تنفيذا لغرض إرهابي.

وتكون العقوبة الأشغال الشاقة لمدة لا تقل عن خمس سنين إذا وقع الفعل المنصوص عليه في الفقرة الأولى من طبيب بقصد نقل عضو أو جزء منه من إنسان حي إلي آخر وتكون العقوبة السجن المؤبد إذا نشأ عن الفعل وفاة المجني عليه.

ويشترط لتوقيع العقوبات المنصوص عليها في الفقرة السابقة أن يقع الفعل المشار إليه فيها خلسة).

تعريف العاهة المستديمة

لم يعرف المشرع العاهة المستديمة ولكنه ذكر في النص أمثلة لها، إلا إن قضاء محكمة النقض عرف العاهة بقوله: العاهة في مفهوم المادة ٢٤٠ من قانون العقوبات هي فقد أحد أعضاء الجسم أو أحد أجزائه أو فقد منفعة أو تقليلها أو تقليل قوة مقاومته الطبيعية بصفة مستديمة، كذلك لم يحدد القانون نسبة معينة للنقص الذي يكفي وقوعه لتكوينها بل ذلك الأمر متروك لتقدير قاضي الموضوع يثبت فيه بما يتبينه من حالة المصاب وما يستخلص من تقرير الطبيب (الطعن رقم ١٤٤٨ لسنة ٥٩ ق بجلسة ١٩٨٩/١٢/٧). ويمكننا تعريف العاهة المستديمة بأنها فقد عضو أو جزء من عضو أو فقد منفعة (وظيفة) هذا العضو كليا أو جزئيا بصفة مستديمة.

أي تتحقق العاهة سواء كان فقد وظيفة العضو كليا أو جزئيا، ولذلك قضت محكمة النقض بأن العاهة تعتبر متحققة بالنقص في قوة إبصار إحدى العينين، ولا أهمية لعدم استطاعة تحديد قوة إبصار هذه العين قبل إصابتها وعدم استطاعة تحديد نسبة النقص الطارئ عليها، فهذه النسبة لا أهمية لها إذ يكفي أن ثمة نقصا جزئيا مستديما أيا كانت نسبته قد طرأ عليها. وبالتالي فإن الجدل حول معرفة مدى قوة إبصار العين قبل الإصابة لا يكون له محل ولا يعيب الحكم بإثبات العاهة ما دام أن دفاع المتهم لم يدع في مرافعته أن تلك العين كانت فاقدة الإبصار من قبل الإصابة المنسوبة إليه إحداثها (الطعن رقم ١٦٦ لسنة ٦٠ ق بجلسة ١٩٩١/٢/١٤).

قابلية العاهة للشفاء

أهم عنصر لتحقق العاهة المستديمة هو عدم قابليتها للشفاء. هنا تثار مشكلة في الحالة التي تحتمل الشفاء بإجراء جراحة ولكن يرفض المجني عليه إجراء هذه الجراحة خوفا على حياته. قضت في ذلك محكمة النقض بأنه إذا كان المجني عليه في الضرب أو نحوه مطالب بتحمل المداواة المعتادة المعروفة، فإنه إذا رفضها فلا يسأل المتهم عما يترتب على ذلك لأن رفضه لا يكون له ما يسوغه، ولكنه لا يصح أن يلزم بتحمل عملية جراحية يكون من شأنها أن تعرض حياته للخطر أو تحدث له آلاما مبرحة (نقض جلسة ١٩٧٦/٢/٩ المكتب الفني س٢٧ رقم ٣٩ ص ١٩١). إلا إن محكمة النقض أكدت على ضرورة عرض أمر الجراحة على المجني عليه ويرفضها قبل البت في العاهة حيث قضت بأن القول بقيام العاهة مع احتمال شفاء المجني عليه بعملية جراحية دقيقة تجرى له لا يكون صحيحا في القانون إلا إذا كانت هذه العملية قد عرضت على المجني عليه ورفضها بناء على تقديره أن فيها تعريضا لحياته بالخطر. فإذا أدانت المحكمة متهما في تهمة إحداث عاهة بالمجني عليه مع قول الطبيب الشرعي أن هذه العاهة يمكن أن تتحسن أو تشفى بإجراء عملية جراحية دقيقة

لها دون أن تتحدث في حكمها عن عدم رضاء المجني عليه بإجراء العملية فذلك يكون قصور في حكمها يعيبه بما يستوجب نقضه (نقض جلسة ١٩٥٧/١٢/٣٠ المكتب الفني س٨ ص ١٠٠٩). وبررت ذلك محكمة النقض بقولها (إذ أن المجني عليه لو قبل العملية ونجحت وانتهت بشفائه فإن إدانة المتهم على أساس العاهة لا تكون صحيحة بل يكون من المتعين معاقبته على جنحة إحداث الضرب فقط (مجموعة القواعد القانونية ج٧ جلسة ١٩٤٩/٤/٧ رقم ١٣٢ ص١٢٠).

أما في حالة إمكانية استعاضة العضو المستأصل ببديل صناعي فإن ذلك لا ينفي العاهة، وهذا ما أكدته محكمة النقض بقولها (إمكان الاستعاضة عن الأذن الطبيعية بأخرى صناعية تؤدي وظيفتها تماما، ذلك لأن تدخل العلم للتخفيف من آثار العاهة ليس من شأنه أن ينفي وجودها كلية (أحكام محكمة النقض ١٩٦٦/١١/١ س ١٧ ص ١٠٦١). قياسا على هذا فإن تحسن الإبصار باستخدام نظارة طبية لا ينفي وجود العاهة.

قد تحدث العاهة المستديمة كأثر مباشر للجرح أو الضرب، وقد تتحقق بعد تداخل جراحي أجرى لإنقاذ حياة المجني عليه مثل عاهة فقد عظام الجمجمة التي تتخلف عن جراحة تفريغ النزيف الدماغي. لذلك قضت محكمة النقض بأنه يكفي في بيان العاهة المستديمة أن يثبت الحكم استنادا إلي تقرير الطبيب أن الضرب الذي أحدثه الجاني قد نشأ عنه فقد جزء من عظام قبوة رأس المجني عليه وأن هذا يضعف من قوة مقاومته الطبيعية ويعرضه على وجه الاستمرار للخطر، ومتى كان الشك في قيام هذا كله وقت الحكم منتفيا فلا يقلل من وجود العاهة ما يدعيه الجاني من احتمال عدم تحقق الخطر الذي أشار إليه الحكم (نقض جلسة ١٩٣٨/١٢/١٢ مجموعة الربع قرن ج١ ص٨١٦).

هناك مشاكل عملية كبيرة جدا تقابلنا داخل مصلحة الطب الشرعي في اعتبارات العاهة المستديمة ونسبتها منها:ـ

(١) لا يوجد جدول عاهات خاص بمصلحة الطب الشرعي، ولكننا نعتمد على جدول العاهات الخاص بالتأمينات الاجتماعية.

(٢) هناك نقص شديد في ذكر بعض العاهات في هذا الجدول حيث لم يعتبر هذا الجدول استئصال جزء من الأمعاء أو استئصال المرارة عاهة مستديمة.

(٣) هناك تضارب شديد بين آراء الأطباء الشرعيين في بعض الحالات مثل حالة تركيب شريحة ومسامير لتثبيت كسور العظام. يرى البعض أن مجرد تواجد الشريحة والمسامير داخل الجسم يعتبر عاهة مستديمة بغض النظر عن التئام الكسر وأداء الطرف لوظيفته الحركية دون إعاقة. بينما يرى البعض الآخر أن الفيصل في العاهة هو التئام الكسر وعدم وجود إعاقة في الحركات من عدمه دون اعتبار لوجود الشريحة والمسامير. في رأيي الشخصي أن الطرف الذي حدث به كسر وتطلب إصلاحه تركيب شريحة ومسامير لا يمكن أن يعود لحالته الطبيعية قبل الكسر حتى ولو التئم الكسر وكانت حركات الطرف جيدة فلن يستطيع المجني عليه حمل الأشياء أو ممارسة الأعمال والرياضة الشاقة والعنيفة وبالتالي فهي تعتبر في حكم العاهة المستديمة باعتبارها فقدت جزئيا المنفعة الطبيعية للعضو. لكن المشكلة تكمن في احتمالية الخطأ أو التلاعب في تركيب الشريحة والمسامير في كسر لا يستحق تركيب شريحة ومسامير لاعتبار الحالة عاهة وبالتالي معاقبة الجاني بجناية العاهة بدلا من جنحة الضرب أو الجرح الذي يتطلب علاجا أكثر من عشرين يوما.

(٤) عدم اعتراف هذا الجدول بعاهة تشويه الوجه، فلو افترضنا قيام الجاني بإلقاء ماء نار (حمض كبريتيك) على وجه المجني عليه وتشوه جلد الوجه دون تأثير على حواس البصر والسمع والشم فلا تعتبر هذه عاهة مستديمة وفقا لهذا الجدول بالرغم من إنه يقلل من فرصتها في الزواج ويعرضها لمشاكل نفسية. وقد أيدت العديد من أحكام محكمة النقض هذا الاتجاه، وهذا الاتجاه لا نتفق معه. كذلك قضت محكمة النقض بأنه لا يعتبر من قبيل العاهة فقد جزء من صيوان

الأذن لأن ذلك لن يؤثر على حاسة السمع إلا إذا أثبت التقرير الدليل الفني أن فقدها قلل من وظيفة الأذن (الطعن رقم ٦٧٢١ لسنة ٥٨ ق بجلسة ١٩٩٠/٢/٢٨). هذا الاتجاه لا نتفق معه لأن الاختلاف في أبعاد صيواني الأذنين يؤدي لتشويه الوجه بغض النظر عن تأثيره في وظيفة السمع من عدمه.

(٥) عدم اعتراف الجدول بالأمراض النفسية التي تترتب عن الإصابات.

علاقة السببية

قضت محكمة النقض بأن المتهم يسأل عن جميع النتائج المحتمل حصولها نتيجة سلوكه الإجرامي ما لم تتداخل عوامل أجنبية غير مألوفة تقطع رابطة السببية بفعل الجاني والنتيجة (نقض جلسة ١٩٦٣/١٢/١٦ المكتب الفني س١٤ ص٩٣١).

أما بشأن انتفاء علاقة السببية فقد قضت محكمة النقض بأنه إذا كان الدفاع عن المتهم بإحداث عاهة للمجني عليه في عينه قد تمسك بأنه لم يضرب المجني عليه علي عينه فلا تصح مساءلته عن هذه العاهة، وكانت المحكمة لم تثبت على المتهم إلا أنه ضرب المجني عليه على أنفه ومع ذلك عاقبته من أجل إصابة العين بمقولة أن الأنف يجاور العين وأن إصابة العين حصلت نتيجة طبيعية لإصابة الأنف، فهذه الإدانة لا تكون مقامة على أساس كاف، وخصوصا إذا كان الكشف الطبي الذي وقع على المجني عليه يقول أن إصابة الأنف فقط لا تسبب فقد إبصار العين إلا إذا حصلت مضاعفات أو كانت مصحوبة بإصابات حجاج العين مما كان يجب أن تعني المحكمة ببحثه وتحقيقه في سبيل بيان الواقعة (نقض جلسة ١٩٤٧/٦/٩ مجموعة الربع قرن ج١ ص٨١٧).

العقوبة

عقوبة محدث العاهة السجن من ثلاث سنين إلي خمس سنين. أما إذا كان الضرب أو الجرح صادرا عن سبق إصرار أو ترصد أو تربص فيحكم

بالأشغال الشاقة من ثلاث سنين إلي عشر سنين. يضاعف الحد الأقصى للعقوبة إذا ارتكبت الجريمة لغرض إرهابي.

شدد المشرع العقوبة إلي السجن المشدد مدة لا تقل عن خمس سنوات في حالة وقوع الجريمة من طبيب بقصد نقل أحد الأعضاء من شخص حي لآخر، ولكن في حالة توافر شروط وهي:ـ

(أ) أن يكون الجاني طبيبا.

(ب) وقوع الفعل خلسة أي دون موافقة المجني عليه ودون علمه.

(ج) توافر قصد خاص لدى الجاني وهو نقل أحد أعضاء جسم المجني عليه أو جزء منه لشخص آخر.

وشدد المشرع العقوبة في الحالة السابقة إلي السجن المؤبد في حالة وفاة المجني عليه.

ثانيا:ــ الإصابات غير العمدية

الإصابة الخطأ

تنص المادة ٢٤٤ من قانون العقوبات على **(من تسبب خطأ في جرح شخص أو إيذائه بأن كان ذلك ناشئا عن إهماله أو رعونته أو عدم احترازه أو عدم مراعاته للقوانين والقرارات واللوائح والأنظمة يعاقب بالحبس مدة لا تزيد على سنة وبغرامة لا تجاوز مائتي جنيه أو بإحدى هاتين العقوبتين.**

وتكون العقوبة الحبس مدة لا تزيد على سنتين وغرامة لا تجاوز ثلاثمائة جنيه أو إحدى هاتين العقوبتين إذا نشأ عن الإصابة عاهة مستديمة أو إذا وقعت الجريمة نتيجة إخلال الجاني إخلالا جسيما بما تفرضه عليه أصول وظيفته أو مهنته أو حرفته أو كان متعاطيا مسكرا أو مخدرا عند ارتكابه الخطأ الذي نجم عنه الحادث أو نكل وقت الحادث عن مساعدة من وقعت عليه الجريمة أو عن طلب المساعدة له مع تمكنه من ذلك.

وتكون العقوبة الحبس إذا نشأ عن الجريمة إصابة أكثر من ثلاثة أشخاص فإذا توافر ظرف آخر من الظروف الواردة في الفقرة السابقة تكون العقوبة الحبس مدة لا تقل عن سنة ولا تزيد على خمس سنين).

تتكون جريمة الإصابة الخطأ من ركن مادي وخطأ ينسب للجاني وركن معنوي. سنتناول هنا دراسة الخطأ المنسوب للجاني فقط.

خطأ الجاني

لم يرد تعريفا للخطأ بقانون العقوبات المصري، ولكن مشروع قانون العقوبات الذي وضع عام ١٩٦٦ عرف الخطأ بأنه (يعتبر الخطأ متوافرا سواء توقع الفاعل نتيجة فعله أو امتناعه، وحسب أن في الإمكان اجتنابها أو لم يحسب ذلك، أو لم يتوقعها وكان ذلك في استطاعته أو من واجبه). عرف بعض الفقهاء الخطأ بأنه (فعل امتناع إرادي، مخالف لقواعد الخبرة الإنسانية العامة والخاصة وما تفرضه من الحيطة والحذر والالتزام، يؤدي إلي نتيجة ضارة غير مقصودة

وهي متوقعة وفقا لقواعد هذه الخبرة ولو لم يتوقعها الجاني، ويثبت عدم اتخاذه ما يحول دون حدوث هذه النتيجة رغم إمكانه ذلك أو أن ما اتخذه لم يكن كافيا للحيلولة دون حدوثها).

يقسم الفقه الخطأ إلي نوعين وهما الخطأ البسيط وهو الخطأ بدون توقع، والخطأ مع التوقع. النوع الأول وهو الخطأ بدون توقع يقصد به عدم توقع الجاني أن فعله أو امتناعه يمكن أن يحدث النتيجة الضارة التي حدثت بالفعل، بالرغم من أن الشخص العادي في مستوى الجاني وفي نفس ظروفه كان يمكنه أن يتوقع حدوث هذه النتيجة والعمل على تلافي حدوثها، وذلك مثل الأم التي تترك إناء به سائل يغلي على الموقد دون اتخاذ الحيطة لمنع طفلها من الوصول إليه فيمسك الطفل بالإناء وينقلب على جسده محدثا حروقا بجسده. أما النوع الثاني فهو الخطأ مع التوقع فيقصد به توقع الجاني للنتيجة الضارة التي قد تحدث نتيجة فعله أو امتناعه ومع ذلك يقدم عليه أو يستمر في امتناعه اعتمادا على اتخاذه لإجراء ما يمنع حدوث هذه النتيجة الضارة، ومثال ذلك من يقود سيارته بسرعة عالية أمام مدرسة معتمدا على قدرته على استخدام الفرامل لإيقاف السيارة ولكن استخدامه للفرامل لم يؤد لتوقف السيارة قبل مكان عبور الأطفال فاصطدم بهم وأحدث ما بهم من إصابات.

يمكن تقسيم معيار الخطأ غير العمدي إلي ثلاثة أنواع وهي المعيار الموضوعي والمعيار الشخصي والمعيار المختلط. المعيار الموضوعي يقصد به مطابقة سلوك الجاني لمستوى الحيطة والحذر والذي يسلكه الشخص المعتاد. أما العنصر الشخصي فهو يتمثل في الظروف الشخصية التي تحيط بالجاني سواء ما تعلقت بحالاته الصحية وسنه ودرجة تعليمه وذكائه وخبرته في المهنة التي يقوم بها وظروف الزمان والمكان التي تحيط به. أما المعيار المختلط فهو السائد وقوامه الشخص المعتاد من نفس الفئة التي ينتمي إليها الجاني وفي نفس

الظروف الخارجية للواقعة، وكذلك الظروف الشخصية للجاني مثل درجة تعليمه ومستوى ذكائه وخبرته وحالته الصحية.

صور الخطأ

حدد المشرع في المادة ٢٤٤ من قانون العقوبات صور الخطأ وهي الإهمال، والرعونة، وعدم الاحتراز، وعدم مراعاة القوانين واللوائح والأنظمة. يكفي تحقق صورة واحدة من هذه الصور حتى تقوم مسئولية الجاني ولا يشترط توافر أكثر من صورة. بعض الآراء الفقهية ترى أن المشرع ذكر هذه الصور على سبيل الحصر، وبالتالي لا تقوم مسئولية الجاني عن فعل لا يدخل تحت هذه الصور. بينما ترى بعض الآراء الفقهية الأخرى أن المشرع ذكر أكثر صور الخطأ تحققا على سبيل المثال وليس الحصر، وهذا هو الرأي السائد طالما أن فعل الجاني يعبر عن فكرة الخطأ ويجسدها. قضت محكمة النقض بأنه متى كان الحكم قد أثبت أن المتهم كان يقود السيارة التي صدمت المجني عليها بسرعة ودون استعمال آلة التنبيه، فلا جدوى من المجادلة في صور الخطأ الأخرى التي تحدث عنها الحكم المذكور (الطعن رقم ٢٤٠٩ لسنة ٢٣ مكتب فني ٥ بتاريخ ١٩٥٤/٤/٦). وقضت أيضا بأن الشارع إذ عدد صور الخطأ في المادة ٢٣٨ من قانون العقوبات اعتبر كل صورة من هذه الصور خطأ قائماً بذاته يترتب عليه مسئولية فاعله ولو لم يقع منه خطأ آخر (الطعن رقم ١١٦٦ لسنة ٢٤ مكتب فني ٦ بتاريخ ١٩٥٤/١٢/٦م).

لكن محكمة النقض اشترطت أن يظهر الحكم عنصر الخطأ المرتكب والدليل عليه فقالت أن الخطأ في الجرائم غير العمدية هو الركن المميز لهذه الجرائم، ومن ثم فإنه يجب لسلامة الحكم بالإدانة في جريمة القتل الخطأ أن يبين – فضلاً عن مؤدى الأدلة التي اعتمد عليها في ثبوت الواقعة - عنصر الخطأ المرتكب وأن يورد الدليل عليه مردوداً إلى أصل صحيح ثابت في الأوراق (الطعن رقم ٢٣٩٧ لسنة ٣٣ مكتب فني ١٥بتاريخ ١٩٦٤/١/٢٧م).

(١) الإهمال

يعرف الإهمال بأنه إغفال الجاني اتخاذ الاحتياط الكافي الذي يوجبه الحظر وتمليه الخبرة الإنسانية العامة على ما كان في مثل ظروفه. هذه الصورة من صور الخطأ عادة تحدث نتيجة سلوك سلبي يصدر من الجاني كالترك أو الامتناع، وتثبت مسئولية الجاني عن الخطر متى توافرت علاقة السببية بين الخطأ وبين النتيجة، ولا يشترط أن يكون الخطأ جسيما. أمثلة هذا الإهمال تشمل ترك طفل لا يتجاوز السنتين من عمره بجوار موقد غاز مشتعل على ماء فيسقط عليه الماء الساخن فيحدث به جروح (مجموعة القواعد القانونية ج٥ جلسة ١٩٤١/١١/٣ رقم ٢٦٩ ص٥٦٥)، وحارس مجاز السكة الحديدية إذا لم يبادر إلي تحذير المارة في الوقت المناسب وتنبيههم إلي قرب مرور القطار وتراخى في إغلاق المجاز من ضلفتيه، ولم يستعمل المصباح الأحمر في التحذير (مجموعة أحكام محكمة النقض ١٩٦١/١/٣٠ س١٢ رقم٢٢ ص١٣١). كذلك قضت محكمة النقض بأنه إذا كان الحكم قد أثبت على المتهم مسئوليته عن حادث القتل والإصابة الخطأ بأدلة سائغة أساسا على إهماله في صيانة المنزل المنوط به حراسته والمسئول عنه وحده حسب إقراره على رغم التنبيه عليه بقيام خطر سقوط المنزل وتقصيره في الحفاظ على سكان المنزل ودرء الخطر عنهم وإقدامهم على تأجيره قبيل الحادث فإن صور الخطأ المؤثم قانونا تكون متوافرة (نقض جلسة ١٩٧٦/١١/١ المكتب الفني س٢٧ رقم ١٨٦ ص٨١١).

(٢) الرعونة

تعرف الرعونة بأنها طيش وسوء تقدير لما تمليه قواعد الخبرة الإنسانية الفنية أو المتخصصة من سلوك مخالف لما أقدم عليه الجاني من فعل. أمثلة الرعونة تشمل من يطلق بندقية على شجرة ليصيد عصفورا فيقتل شخص يقف في شرفة منزله، ومن يضع أصيص زهور على سور شرفة فيسقط على أحد المارة ويصيبه، وعامل تشغيل إحدى الألعاب في مدينة ترفيهية الذي لا يقوم

بإغلاق الباب فيسقط أحد الراكبين من علو وتحدث إصاباته، ومن يقود السيارة دون أن يكون عالما بقواعد القيادة.

(٣) عدم الاحتراز

يختلف عدم الاحتراز عن الإهمال في أن الجاني قد توقع نتيجة العمل ولم يتخذ الوسائل اللازمة لمنع وقوع هذه الأخطار. يمكن تعرف عدم الاحتراز بأنه إتيان الجاني عملا على جانب من الخطورة، ويعلم الجاني نتائجه الضارة ويتوقع حدوثها، ومع ذلك لا يتخذ إجراء ما لمنع وقوع هذه النتائج الضارة. مثال ذلك من يقود سيارته بسرعة تجاوز السرعة التي يسمح بها قانون المرور فيصدم شخص ويصيبه. وصاحب البناء الذي يقوم بهدمه دون أن يحيطه بسياج أو ينبه المارة إلي مخاطر الهدم فيترتب على ذلك إصابة شخص.

(٤) عدم مراعاة القوانين والقرارات واللوائح والأنظمة

يطلق على صورة هذا الخطأ الخاص لأن الجاني ينتهك قاعدة قانونية، بينما كانت صور الخطأ الأخرى السابق ذكرها تمثل الخطأ العام لأن الجاني ينتهك قواعد الخبرة العامة أو الخبرة الفنية. بناء على ذلك فإن هذا الخطأ يتميز بأمرين: الأول أن الخطأ يتحقق بمخالفة قواعد لها قوة الإلزام القانوني دون أن يلتزم القاضي بإقامة الدليل على أن الجاني كان في إمكانه أن يتوقع النتيجة الإجرامية التي ترتبت على نشاطه، والثاني أن الخطأ يكون ثابتا منذ أن تتقرر مخالفة القوانين أو اللوائح أو ما في حكمها ما دامت قد توافرت علاقة السببية بين تلك المخالفة وبين النتيجة. في ذلك قضت محكمة النقض بأنه إذا قاد شخص سيارة بدون رخصة وصدم آخر فقتله ثم ثبت أن سبب الوفاة كان خطأ المجني عليه وحده الذي اندفع فجأة أمام السيارة ولم يتمكن السائق من مفاداته رغم أنه كان يسير بسرعة معقولة ويستعمل آلة التنبيه من وقت لآخر وأنه بذل كل ما في وسعه لتلاف وقوع الحادث فإن علاقة السببية لا تكون متوافرة، ولا يسأل المتهم

إلا عن جريمة قيادة سيارة بدون رخصة فقط (نقض ١٩٦٣/٦/١١ مجموعة أحكام محكمة النقض س١٤ رقم١٠٢ ص٥٣٠).

تتحقق هذه الصورة من الخطأ بمخالفة سلوك الجاني لقواعد لها صفة الإلزام التي تستهدف توقي النتائج الإجرامية سواء كان مصدرها قواعد تشريعية تصدرها الدولة كالقوانين والقرارات واللوائح أو تعليمات وأوامر الرؤساء الفردية التي يصدرها رب العمل كتابيا أو شفهيا والمخول لهم قانونا إصدار هذا الأمر.

يشترط للأخذ بهذه الصورة من الخطأ أن تكون القوانين أو القرارات أو اللوائح والأنظمة دستورية وقانونية وصادرة من أصحاب الاختصاص، وإلا فإن مخالفتها لا ترتب أثرا في نطاق المسئولية عن الخطأ الخاص، ويختص قاضي الموضوع بالنظر في دستورية وقانونية هذه القوانين أو القرارات أو اللوائح والأنظمة وفقا ما قررته محكمة النقض التي أكدت على إنه إذا دفع المتهم بعدم مشروعية اللائحة فإن القاضي الجزئي يختص بالنظر في هذا الدفع (أحكام محكمة النقض في ١٩٥٣/٦/٣٠ س٤ ص١٠٣٣).

أي إن عدم مراعاة القانون أو القرار أو اللائحة يكون مخالفة معاقبا عليها، فتعتبر جريمة ولو لم يترتب عليه أي ضرر. فإذا ترتب على هذه المخالفة ضرر نكون بصدد جريمتين، وهما جريمة مخالفة اللائحة والجريمة غير العمدية. لا يستطيع المتهم الاعتذار بالجهل باللائحة أو بعدم تعمد مخالفتها إذ يفترض العلم بها. بناء على ذلك قررت محكمة النقض أنه متى كان الحكم قد أثبت توافر عنصر الإهمال في حق المتهم بعدم إتباعه ما يقضي به منشور وزارة الداخلية رقم ٢٣ لسنة ١٩٢٧ الذي يقضي بإرسال المعقورين إلى مستشفى الكلب ولوقوعه في خطأ تعين على كل طبيب أن يدركه ويراعيه بغض النظر عن تعليمات وزارة الصحة فإن ما يثيره الطاعن من عدم العلم بهذا المنشور لصدوره قبل التحاقه بالخدمة لا يكون له أساس، ذلك أن الطبيب الذي يعمل

مفتشا للصحة يجب عليه أن يلم بكافة التعليمات الصادرة لأمثاله وينفذها سواء أكانت قد صدرت قبل تعيينه أم بعد ذلك (نقض جلسة ١٩٥٣/٦/٣٠ مجموعة الربع قرن ج١ ص٩٣٧ بند١٧).

شخصية الخطأ الجنائي

في القانون الجنائي لا يسأل الشخص إلا عن خطأه إلا إذا كان مسلكه أيضا يدخل تحت صورة من صور الخطأ، مثل الأب الذي سلم ولده الذي لم يبلغ عمره عشر سنوات عجلا اعتاد على النطح ليقوده فنطح المجني عليه فأحدث إصاباته وقتله، فاعتبر الأب مسئولا عن القتل الخطأ لأنه كان عليه أن يقدر أن ولده القاصر لا يقوى على كبح جماح العجل عند هياجه. كذلك قضت محكمة النقض بأنه إذا سلم صاحب السيارة قيادة سيارته إلي شخص يعلم أنه غير مرخص له في القيادة فصدم هذا الشخص إنسانا فقتله كان صاحب السيارة مسئولا عن القتل الخطأ.

الخطأ المشترك

يصح في القانون الجنائي أن تقع الإصابة الخطأ من شخصين مختلفين، وأن تعدد الأخطاء الموجبة لوقوع الحادث توجب مساءلة كل من أسهم فيه أيا كان مقدار الخطأ المنسوب إليه، ولا يسوغ في هذه الحالة القول بأن خطأ أحدهما يستغرق الخطأ الآخر أو ينفى مسئوليته، ويستوي في ذلك أن يكون أحد هذه الأخطاء سببا مباشرا أو غير مباشر في حصول الحادث، لذلك قضت محكمة النقض بأنه إذا كان المتهم الأول على ما أثبته الحكم هو الذي حضر المادة المخدرة مخطئا في تحضيرها فإنه يكون مسئولا عن خطئه مستقلا عن خطأ غيره الذي استعمل هذا المحلول (نقض جلسة ١٩٦٣/١٢/٢٤ المكتب الفني س١٤ ص٩٨٣). أما إذا شاع الخطأ بين أكثر من شخص دون أن يثبت صحة إسناد خطأ ما إلي شخص معين منهم، فإنه يتعين الحكم بالبراءة.

كذلك يصح أن يكون الخطأ مشتركا بين المتهم والمجني عليه فلا ينفي خطأ أحدهما مسئولية الآخر، لذلك قضت محكمة النقض بأنه إذا كان الظاهر مما أورده الحكم أن رابطة السببية بين خطأ سائق السيارة وبين الحادث متوافرة إذ هو قد سار بسيارته غير محتاط ولا محترز ومخالفا للوائح بسيره إلي اليسار أكثر مما يستلزمه حسن قيادة السيارة، فوقع الحادث، فلا ينفي مسئوليته أن يكون المجني عليه قد ساعد على ذلك أيضا بأن اندفع إلي جهة اليسار فسقط بالقرب من السيارة (نقض جلسة ١٩٤٤/٦/١٢ مجموعة الربع قرن ج١ ص٩٤٣).

ا أما إذا كان خطأ المجني عليه مستغرقا خطأ الجاني وكافيا بذاته لإحداث النتيجة فإن ذلك يقطع رابطة السببية، ولذلك قررت محكمة النقض بأن نوم المجني عليه فوق قضبان السكة الحديدية مما أدي لدهمه بالقطار ينفي عنصر الخطأ عن الجاني (نقض جلسة ١٩٤٥/٤/٢٣ مجموعة الربع قرن ج١ ص٩٤٥)، وأن وقوف المجني عليه فوق البالات التي تحملها سيارة نقل مما أدى إلي اصطدام رأسه بكوبري علوي وموته ينفي عنصر الخطأ عن الجاني (نقض جلسة ١٩٧٦/١/١٨ مجموعة أحكام محكمة النقض س٢٧ ص٤٤٠).

تقدير خطأ المجني عليه من المسائل الموضوعية التي يترك تقديرها لقاضي الموضوع، ولكن يجب على القاضي الجنائي أن يبرز خطأ المجني عليه ويحدد مداه في إحداث النتيجة وإلا كان حكمه مشوبا بالقصور كما قضت محكمة النقض.

كذلك تنقطع رابطة السببية في حالة الحادث الفجائي، حيث قضت محكمة النقض بأنه متى وجدت القوة القاهرة وتوافرت شرائطها في القانون كانت النتيجة محمولة عليها وانقطعت علاقة السببية بينها وبين الخطأ وامتنعت المسئولية عن المتهم إلا إذا كان خطؤه بذاته جريمة. مثال ذلك انقطاع السببية للسائق الذي يصاب فجأة بنوبة قلبية لأول مرة ويفقد الوعي فتنحرف السيارة منه ويصيب أحد المارة المتواجد على الرصيف، ولكن تتحقق مسئولية السائق إذا

كان هذا السائق على علم بأنه يعاني من نوبات قلبية متكررة تفقده الوعي حيث يسأل السائق عن القتل الخطأ.

كذلك تتقطع رابطة السببية في حالة الحادث القهرى أو المفاجئ، مثل انفجار الإطار الأمامي لسيارة المتهم وانحرافها واصطدامها بسيارة أجرة مما أدى لمقتل تسعة أشخاص، ولكن الأمر يختلف وتقع مسئولية المتهم إذا انفجر إطار السيارة للمتهم وهو متجاوزا السرعة حيث يتوافر الخطأ وينتفي وقوعه نتيجة حادث مفاجئ.

العقوبة

يعاقب كل من تسبب خطأ في جرح شخص أو إيذائه بالحبس مدة لا تزيد على سنة وبغرامة لا تجاوز مائتي جنيه أو بإحدى هاتين العقوبتين. وقد شدد المشرع العقوبة في خمسة أحوال وهي:ـ

(١) تخلف عاهة مستديمة بالمجني عليه

تنص الفقرة الثانية من المادة ٢٤٤ من قانون العقوبات على **(وتكون العقوبة الحبس مدة لا تزيد على سنتين وغرامة لا تجاوز ثلاثمائة جنيه أو إحدى هاتين العقوبتين إذا نشأ عن الإصابة عاهة مستديمة). وقد سبق لنا التحدث عن العاهة المستديمة في الحالات العمدية.**

(٢) إخلال الجاني إخلالا جسيما

تنص الفقرة الثانية من المادة ٢٤٤ من قانون العقوبات على (وتكون العقوبة الحبس مدة لا تزيد على سنتين وغرامة لا تجاوز ثلاثمائة جنيه أو إحدى هاتين العقوبتين إذا وقعت الجريمة نتيجة إخلال الجاني إخلالا جسيما بما تفرضه عليه أصول وظيفته أو مهنته أو حرفته). هذا الظرف المشدد يشترط توافر شرطان وهما:ـ

(أ) أن المتهم يشغل وظيفة أو يمارس مهنة أو حرفة

هذا الشرط يتطلب توافر صفة خاصة في الجاني وهي شغله لوظيفة ويستوي في ذلك أن يكون موظفا عاما أو خاصا، أو ممارسته لمهنة أو حرفة لها أصول ثابتة ومتعارف عليها لمن يمارسها مستمدة من العلوم والفنون ذات العلاقة بالمهنة. يقصد بالمهنة تلك التي تمارس بأعمال ذهنية، ويقصد بالحرفة تلك التي تمارس بأعمال يدوية.

(ب) أن يكون الخطأ المنسوب للجاني خطأ جسيما

يكون الخطأ جسيما متى كان لا يقع فيه أقل الأشخاص خبرة أو دراية بهذه الأصول، ويترك تقدير مدى جسامة الخطأ لقاضي الموضوع.

(٣) ارتكاب الفعل في حالة سكر أو تخدير

تنص الفقرة الثانية من المادة ٢٤٤ من قانون العقوبات على (**وتكون العقوبة الحبس مدة لا تزيد على سنتين وغرامة لا تجاوز ثلاثمائة جنيه أو إحدى هاتين العقوبتين......أو كان متعاطيا مسكرا أو مخدرا عند ارتكابه الخطأ الذي نجم عنه الحادث**). هذا الظرف المشدد يتطلب توافر ثلاثة شروط وهي:ـ

(أ) ثبوت تناول الجاني أو تعاطيه مادة مسكرة أو مخدرة

علة التشديد هنا هو لمواجهة أسباب الحوادث ومنها تعاطي المسكر والمخدر الذي يؤثر على قدرة الجاني على التحكم في أفعاله ورد فعله العنيف تجاه الآخرين تحت تأثير التعاطي.

حالة السكر تنشأ من تعاطي المشروبات الكحولية، وتختلف أعراضها باختلاف تركيز المادة الكحولية في دم الجاني، ولا يشترط لتوافر هذا الظرف المشدد أن يكون السكر بينا.

حالة التخدير تنشأ من تعاطي مواد مخدرة سواء كانت من أصل نباتي مثل الأفيون المستخرج من نبات الخشخاش أو مواد تخليقية كيميائية. لا يشترط

لتوافر هذا الظرف المشدد أن تكون هذه المواد المخدرة مدرجة فـــي الجـــدول الأول من الجداول الملحقة بقانون المخدرات.

لكن يجب أن يكون تعاطي المسكر أو المخدر مؤثرا في الخطأ، والأمر في ذلك متروك لتقدير قاضي الموضوع.

(ب) أن يكون تعاطي المسكر أو المخدر اختياريا

يشترط لتوافر هذا الشرط أن يكون تعاطي المسكر أو المخدر بإرادة الجاني الحرة واختياره وعلمه بماهية المادة التي تعاطاها. بالتالي إذا دست لــــه مـــادة مخدرة في شرابه أو طعامه دون علمه وترتب على ذلك نتائج ضارة بـــالمجني عليه فلا يتوافر هذا الشرط.

(ج) أن يكون الجاني واقعا تحت تأثير المادة المسكرة أو المخدرة وقت ارتكابـــه للفعل، فإذا زال أثر المسكر أو المخدر من جسده قبل ارتكابه للفعل فلا يتحقـــق هذا الشرط.

(٤) نكول الجاني عن مساعدة المجني عليه أو عن طلب المساعدة له

تنص المادة ٢٤٤ من قانون العقوبات علي **(وتكون العقوبة الحبس مـــدة لا تزيد على سنتين وغرامة لا تجاوز ثلاثمائة جنيه أو إحدى هاتين العقوبتين إذا ....أو نكل وقت الحادث عن مساعدة من وقعت عليه الجريمـــة أو عـــن طلب المساعدة له مع تمكنه من ذلك).**

ترجع علة التشديد إلي تعدد الخطأ غير العمدي الذي ارتكبه الجاني: الأولي بارتكابه للجريمة، والثانية حين أخل بالتزام قانوني مفروض عليه وهو مساعدة من وقعت عليه الجريمة أو طلب المساعدة له. هذا الظرف المشدد له صورتين وهما: النكول عن مساعدة المجني عليه، أو النكول عن طلـــب المســـاعدة لــــه. يتطلب توافر هذا الظرف المشدد توافر ثلاثة شروط وهي:ـــ

(أ) أن يكون مصدر الخطأ هو الفعل الإجرامي للجاني

فإذا ثبت مثلا أن خطأ المجني عليه قد استغرق خطأ الجاني فلا يتوافر هذا الظرف المشدد، لأن النكول عن المساعدة أو الامتناع عن طلبها ليس إلا ظرفا مشددا في الجريمة لا جريمة مستقلة.

(ب) تمكن الجاني من المساعدة أو طلب المساعدة

مساعدة الجاني للمجني عليه إما أن تكون مباشرة مثل نقل المجني عليه لأقرب مستشفى أو نقطة إسعاف، أو غير مباشرة مثل الاتصال بطبيب أو بالشرطة لإنقاذ حياة المريض متى كان متاحا له هذا الاتصال سواء تليفونيا أو شخصيا.

(ج) أن يكون المجني عليه في حاجة ماسة إلي مساعدة الجاني

أي لا يمكن استغناء المجني عليه عن مساعدة الجاني، فإذا حدثت الإصابة مثلا أمام نقطة إسعاف أو قسم شرطة فلا يتوافر هذا الظرف المشدد لأن السلطة العامة هي المنوطة بتقديم المساعدة للمصابين في الحوادث أو طلبها لهم. كذلك لا يتوافر هذا الظرف المشدد إذا لم يصب المجني عليه بأي ضرر من جراء الحادث أو كان الضرر بسيطا غير مؤثرا على صحة المجني عليه تأثيرا يهدد حياته بالخطر.

(٥) جسامة الضرر

تنص الفقرة الثالثة المادة ٢٤٤ من قانون العقوبات على (**وتكون العقوبة الحبس إذا نشأ عن الجريمة إصابة أكثر من ثلاثة أشخاص فإذا توافر ظرف آخر من الظروف الواردة في الفقرة السابقة تكون العقوبة الحبس مدة لا تقل عن سنة ولا تزيد على خمس سنين**).

جعل المشرع العقوبة الحبس وجوبيا (دون تحديد مدته) إذا نشأ عن الجريمة إصابة أكثر من ثلاثة أشخاص. ثم رفع المشرع مدة الحبس من سنة إلي خمس

سنوات في حالة إصابة ثلاثة أشخاص مع توافر ظرف من الظــروف الأربعــة المشددة السابق ذكرها في هذه المادة.


الفصل الثالث
الإصابات الرضية

الفصل الثالث

الإصابات الرضية

ميكانيكية حدوث الإصابات

حدوث الجرح أو الإصابة يتوقف علي عوامل كثيرة، أهمها:ـ

(أ) سرعة الأداة المستخدمة

إن حدوث الجرح أو الإصابة يحتاج لتوافر قوة علي الموضع المصاب، وهذه القوة تتوقف علي سرعة الأداة وكتلتها طبقا للمعادلة التالية:ـ

القوة = ½ كتلة الأداة المستخدمة × مربع سرعتها.

فإذا وضعنا سنجة ميزان تزن ٥ كيلوجرام علي رأس شخص فإنها لن تحدث به أي مظهر إصابي، بينما إذا ألقينا هذه السنجة علي رأس هذا الشخص من مسافة بحيث تكون سرعتها عند الارتطام بالرأس ١٠ متر في الثانية الواحدة فإنها ستحدث جرح رضي بفروة الرأس وقد تحدث كسور بعظام الجمجمة.

كذلك فإنه كلما زادت كتلة الأداة المستخدمة كلما زادت فرصة حدوث الجروح والإصابات، أي إن العلاقة هنا بين حدوث الإصابة وبين كتلة أو سرعة الأداة المستخدمة هي علاقة طردية تزداد فرصة حدوثها بزيادتهما والعكس صحيح.

(ب) مساحة السطح المتأثر بالقوة

العلاقة هنا بين مساحة السطح المتأثر بالقوة وبين القوة الواقعة عليه وتأثيرها علي حدوث الجرح أو الإصابة هي علاقة عكسية بمعني إنه كلما صغرت مساحة السطح الواقعة عليه القوة الناتجة من كتلة وسرعة الأداة كلما زادت فرصة حدوث الإصابة والجرح والعكس صحيح بسبب كبر القوة الواقعة علي وحدة النسيج. ولتوضيح ذلك نفترض أن قوة مقدارها ٥٠ وقعت علي ٢٥ سنتيمتر من النسيج فإن متوسط القوة علي كل سنتيمتر من النسيج تساوي ٢ بينما لو أن نفس هذه القوة (٥٠) سقطت علي ٥ سنتيمتر من الأنسجة فإن

متوسط القوة الواقعة علي كل سنتيمتر من النسيج تساوي ١٠ وبالتالي تزداد فرصة حدوث الجروح والإصابات وتزداد حدتها مقارنة بالقوة الموزعة علي مساحة سطح أكبر. هذه الجزئية تمثل أحد وظائف حزام الأمان في السيارة وهي توزيع القوة الواقعة علي الجسم علي مساحة كبيرة من الجسم تصل لحوالي ٥٠٠ سنتيمتر مربع علي الصدر والبطن وبالتالي قد لا تظهر أي مظاهر إصابية أو قد تحدث إصابات طفيفة. أي إن حزام الأمان يزيد مساحة تطبيق قوة التباطؤ وبالتالي فهو يقلل أو يمنع ظهور الإصابات.

بناء علي ما تقدم، فإنه إذا وقعت الأداة المستخدمة علي جزء دائري من الجسم مثل قمة الرأس، فإن الإصابة ستكون أشد خطورة مقارنة بالأداة التي تقع علي سطح مسطح مثل الظهر الذي يسمح بمساحة كبيرة من الملامسة مع الأداة وبالتالي يؤدي لانتشار القوة علي مساحة أكبر فتكون الضربة أقل خطورة.

(ج) نقل الطاقة الحركية للقوة إلي الجسم

تزداد شدة الإصابة كلما استطاعت القوة المؤثرة علي الجسم نقل كامل طاقتها الحركية للجسم. علي سبيل المثال إذا دخل مقذوف الجسد واستقر به فإن ذلك يعني أنه نقل كل طاقته الحركية للجسم، بينما المقذوف الذي دخل الجسم ثم خرج منه فإنه يأخذ معه جزء من الطاقة الحركية للقوة ويخرج بها من الجسم وبالتالي فإن شدة الإصابات المتخلفة عنه ستقل عن المقذوف الذي استقر بالجسم.

كذلك إذا كسرت أو انبعجت الأداة المستخدمة نتيجة اصطدامها بالجسم فإن الطاقة الناتجة عن القوة الواقعة علي الجسم تقل، وبالتالي تقل شدة الإصابة. أما إذا ظلت الأداة المستخدمة في الاعتداء سليمة فإن الطاقة تنتقل بالكامل من الأداة للجسم فتكون تزداد شدة الإصابة.

(د) حركة الجسم مع أو ضد القوة الواقعة عليه

تحدث الإصابات نتيجة التغير في معدل الحركة الذي يقاس بقوة الجاذبيـــة، وتعتمد كمية التغير في معدل الحركة التي يستطيع الجسم البشري تحملها علـــي اتجاه القوة. إذا تحرك الجسم مع القوة الواقعة عليه فإن ذلك يؤدي لزيادة الوقت الذي تبقي القوة تعمل فيه علي الجسم، وبالتالي تقل شدة الإصـــابات. يســـتطيع الجسم البشري تحمل تباطؤ السرعة بمعدل ٣٠٠ قوة جاذبيـــة دون حـــدوث أي إصابات، بينما تستطيع عظام الفك والقفص الصدري تحمـــل تبـــاطؤ الســـرعة بمعدل ٤٠٠ قوة جاذبية دون كسور، ويستطيع العظم الجبهـــي تحمـــل تبـــاطؤ السرعة بمعدل ٨٠٠ قوة جاذبية دون كسور. أما إذا وصل معدل التباطؤ إلـــي ٢٠٠٠ قوة جاذبية فإنه يصبح ذو تأثير خطير علي حياة الإنسان.

مسميات الجروح

تختلف أسماء الجروح حسب نوع النسيج المصاب:ـــ

* إذا كان النسيج المصاب هو الجلد يسمي جرحا.
* إذا كان النسيج المصاب هو الغشاء المخاطي يسمي تشققا.
* إذا كان النسيج المصاب هو العضلات يسمي تمزقا.
* إذا كان النسيج المصاب هو الأحشاء يسمي تهتكا.
* إذا كانت العظام هي المصابة يسمي كسرا.

أنواع الجروح من الناحية الطبية الشرعية

تقسم الجروح من الناحية الطبية إلى:ـــ

(أ) السحجات. (ب) الكدمات.

(ج) الجروح الرضية. (د) الجروح القطعية.

(هــ) الجروح الطعنية. (و) الجروح النارية.

أولا:ــ السحجات

السحج هو زوال البشرة الجلدية (الطبقة السطحية الخارجية من الجلد) بسبب احتكاك جلد المصاب (أو انضغاطه) بجسم صلب خشن الملمس. السحج في تعريفه الصحيح يعني إصابة طبقة بشرة الجلد فقط، وبالتالي فإن السحج وفقا لهذا الوصف لا يصاحبه نزيف دموي لأن طبقة البشرة خالية من الأوعية الدموية. لكن عمليا نظرا لتموج طبقة البشرة ودخولها (من خلال الحلمات) إلي طبقة الأدمة فإن معظم السحجات يصاحبها نزيف دموي. لذلك هناك من يعرف السحج بأنه تأذي طبقة بشرة الجلد مع الطبقة السطحية من الأدمة، وبالتالي فلابد أن يصاحبه نزيف.

تركيب الجلد

الطبقة السطحية العلوية من الجلد تتكون من طبقة كيراتين وهي مادة قرنية تتكون من خلايا ميتة. تختلف سماكة طبقة الكيراتين في أجزاء الجلد المختلفة، فتكون سميكة جدا بجلد باطن القدم وراحة اليدين، بينما لا يزيد سمكها عن جزء من المللي متر في جلد كيس الصفن وجفون العينين. هذا السمك له أهمية طبية شرعية لتحديد قوة الضربة المطلوبة لاختراق طبقة الجلد وإحداث الإصابة بالأنسجة الموجودة تحت الجلد.

تتحد طبقة الكيراتين مع طبقات حية من الجلد لتكوين بشرة الجلد (epidermis). هذه البشرة خالية من الأوعية الدموية. طبقة البشرة مموجة، ويختلف هذا التموج من جزء لآخر فيزداد مع زيادة سماكة الجلد ويقل لدرجة تقترب من التسطح في حالة الجلد قليل السماكة. يخرج من السطح السفلي لطبقة البشرة حلمات تنغمس داخل طبقة الأدمة (dermis) وهي الطبقة الموجودة أسفل بشرة الجلد.

تتكون طبقة الأدمة من نسيج ضام (connective tissue) مختلط يحمل ملحقات الجلد مثل حويصلات الشعر والغدد العرقية والغدد الدهنية. طبقة الأدمة غنية

بالأوعية الدموية والأعصاب والأوعية الليمفاوية ونهايات الأعصاب الخاصة باللمس والإحساس بالضغط والإحساس بالحرارة. الجزء العميق من الأدمة يحتوي علي نسيج دهني (adipose tissue) ويتصل بطبقة ما تحت الجلد والتي تتكون من طبقة ليفية (deep fascia) ونسيج دهني (fatty tissue) وعضلات.

السحجات هي أكثر الإصابات حدوثا، وقد تحدث بمفردها أو تكون مصحوبة بإصابات أخرى مثل الكدم أو الجرح الرضي. السحج يحدث من الاحتكاك بأداة صلبة خشنة الملمس (أي من تحرك الأداة علي سطح الجسم)، أو يحدث من تحرك الجسم علي أداة خشنة مثل السقوط علي الأرض.

يمكن تصنيف السحجات طبقا لطبيعة حركة الأداة الخادشة علي الجلد إلي نوعين، وهما:ـ

(١) سحجات الاحتكاك أو الكشط scrape (brush) abrasions ، وهي تمثل معظم السحجات.

(٢) سحجات الإصطدام (impact abrasions) والتي يدخل من ضمنها السحجات الطابعة لشكل الأداة وتسمى السحجات الانطباعية (patterned abrasions).

سحجات الاحتكاك أو الكشط تحدث نتيجة تحرك سطح الأداة الخادشة حركة جانبية علي الجلد مما يؤدي لكشط الطبقات السطحية من الجلد تاركة سطحا مزال منه طبقة البشرة (مكشوطا). أشهر أمثلة هذا النوع هو سحجات الوقوع والدفع علي الأرض من جراء حوادث الصدم، وكذلك حالات الجر علي الأرض. هذا التحرك الجانبي للأداة يؤدي لتمزق سطحي لطبقة بشرة الجلد بحيث تزداد درجة التمزق وارتفاعها عن سطح الجلد عند نهاية السحج (أي عند نهاية احتكاك الأداة المحدثة للسحج بالجلد)، ويمكن التأكد من ذلك باستخدام عدسة يد مكبرة. أي إننا من خلال ملاحظة أكثر حافة ممزقة ومرتفعة عن سطح الجلد يمكننا تحديد اتجاه حركة الأداة علي الجلد، حيث تتحرك الأداة من حافة

السحج الأقل تمزقا وارتفاعا إلي الحافة الأكثر تمزقا وارتفاعا، وإن كان البعض يري أن هذا الفرض هو فرض نظري ويصعب التأكد من صحته عمليا.

سحجات الاصطدام تحدث من تعامد الأداة الصلبة علي الجلد فتهرس الجلد محدثة سحج موضعي عادة في مناطق الجلد الرقيقة التي تقع فوق العظام مثل منطقة حواجب العينين والقوس الوجني (منطقة الخد) والساقين وغيرها. أحيانا يحدث ضغط الأداة المتعامد علي الجلد سحجات انطباعية تحمل شكل جزء الأداة الملامس لسطح الجلد مثل سحجات انطباعات رادياتير السيارة علي جسد المصدوم في الحوادث المرورية، وسحجات إطار السيارة علي الجلد في حوادث الدهس، وسحج وتكدم فوهة ماسورة السلاح علي الجلد في حالة إطلاق النار الملامس الضاغط علي الجلد.

عند حدوث الوفاة عقب وقوع السحج مباشرة فإن السحج يصبح متيبس ويتلون باللون البني الأحمر نتيجة جفاف الأجزاء الرطبة المعرضة من سطح الجلد، وهو ما يشاهد عادة في السحج الحادث من الحبل أو الرباط في حالات الشنق أو الخنق.

حدوث السحجات بالجثمان بعد الوفاة أمر شائع الحدوث سواء في مسرح الوفاة نتيجة الحشرات مثل تلك التي يحدثها النمل (شكل رقم ١)، أو أثناء نقل الجثمان من موضع الوفاة إلي ثلاجة حفظ الموتى، أو أثناء التعامل مع الجثمان في الثلاجة أو المشرحة. كذلك فإن جفاف جلد كيس الصفن العاري عن الملابس أمر شائع الحدوث بعد الوفاة حيث يصبح لونه بني أحمر يماثل السحج الحادث علي قيد الحياة وذلك بسبب حساسية هذا الجلد الرقيق للجفاف عند التعرض للهواء المفتوح. أيضا من الأشياء التي قد تضلل الطبيب قليل الخبرة هو الطفح الجلدي المصاحب لارتداء الحفاض في حالات المسنين والأطفال، لذلك يجب أن تؤخذ هذه الحالات بحذر دون تسرع عند تقييمها.

هذه السحجات غير الحيوية عادة تكون باهتة اللون وشفافة وخالية من أي تغيرات لونية في حوافها. علي أية حال، إذا كان السحج الحيوي سطحي جدا بطبقة البشرة (أي غير مصحوب بنزيف دموي) فإنه قد يتعذر تحديد ما إذا كان قد حدث قبل الوفاة أو بعدها في الحالات التي تحدث فيها الوفاة بسرعة بعد التسحج مما لا يسمح بتكوين أي خلايا التهابية. لذلك في حالة إجراء تشريح ثان للجثمان يجب الاستعانة بالصور الفوتوغرافية التي أخذت للجثمان أثناء إجراء التشريح الأول لاستبعاد السحجات التي يمكن أن تكون قد حدثت بعد الانتهاء من التشريح الأول أثناء إعادة الجثة للثلاجة بعد التشريح.

الأهمية الطبية الشرعية للسحجات

بالرغم من أن معظم السحجات لا تشكل أي قيمة تذكر ولا يمكن أن تكون في ذاتها سببا للوفاة، إلا إن السحج له قيمة فنية هامة للطبيب الشرعي حيث يمكن من خلاله تحديد نوع الأداة المستخدمة في إحداث هذا السحج، وكذلك تحديد نوع الجريمة، والتعرف علي شخصية الجاني، وأخيرا تحديد عمر السحج.

(١) شكل السحجات يحدد طبيعة الأداة المحدثة لها:ـ

* السحجات القوسية الشكل التي يترواح طولها من ½ - ٢ سنتيمتر (شكل ٢) تحدث نتيجة ضغط أظافر اليد علي الأنسجة.

* السحجات الخطية الرفيعة المتوازية (شكل ٣) تحدث من حوادث السيارات نتيجة الدفع علي الأرض.

* السحجات الحلقية بالعنق تحدث من الحبال (شكل ٤) وما يماثلها في حالات الشنق، وفي حالات تقييد اليدين والقدمين (شكل ٥).

* السحجات علي هيئة قوسين متقابلين تحدث نتيجة العضة الآدمية (شكل ٦).

(٢) مكان السحجات يحدد نوع الجريمة

* السحجات حول العنق تشير إلى الخنق أو الشنق.
* السحجات حول الفم والأنف تشير إلى كتم النفس.
* السحجات حول الفخذين وأعضاء التناسل (شكل ٧) تشير إلى الاغتصاب الجنسي أثناء محاولة إبعاد الفخذين.

(٣) تساعد السحجات في **التعرف علي شخصية الجاني** إذا وجدت سحجات علي جسده نتيجة مقاومة المجني عليه له، وكانت هذه السحجات يتفق تاريخها وتاريخ الجريمة.

السحجات الظفرية

إن السحجات الناتجة عن الأظافر قد توجد علي الجلد في أي مكان من جسم المجني عليه أو الجاني، وإن كانت غالبا تشاهد بالعنق في حالات الخنق باليدين. قد تحدث هذه السحجات الظفرية من ضغط أظافر يد الجاني أو تحدث من أظافر يد المجني عليه عند محاولته إزالة يدي الجاني الضاغطة علي عنقه وفي تلك الحالة تسمي سحجات دفاعية، وهي عادة رأسية الوضع. السحجات الظفرية عادة يصاحبها كدم موضعي. تقعر السحج الظفري يشير إلي اتجاه محدث السحج الظفري.

السحجات الظفرية أكثر حدوثا إذا كان - علي الأقل - أحد طرفي الجريمة (الجاني والمجني عليه) أنثي لأن أظافر الإناث غالبا طويلة وأكثر حدة من أظافر الرجال.

تأخذ السحجات الظفرية أحد الشكلين التاليين

(١) عندما يكون الضغط علي العنق بأظافر اليدين ضغطا ثابتا فإن السحجات الظفرية تظهر هلالية (قوسية) الشكل بطول حوالي ١ سنتيمتر.

(٢) عند تحريك أظافر اليدين علي الجلد فإن السحجات الظفرية تظهر علي هيئة خدوش خطية بطول عدة سنتيمترات. غالبا تكون السحجات الظفرية

الدفاعية التي يحدثها المجني عليه في محاولة إزالة يدي الجاني الضاغطة علي عنقه من هذا النوع وتظهر علي شكل خطوط طولية عمودية متوازية.

الأهمية الطبية الشرعية للسحجات الظفرية

(ا) تدل علي إن الجريمة مصحوبة بعنف ولذلك عند القبض علي الجاني يجب سرعة عرضه علي الطبيب الشرعي لفحصه عن آثار المقاومة.

(٢) التعرف علي الجاني من خلال فحص محتويات الأظافر والمنطقة الواقعة تحت الظفر (بين الظفر وجلد الإصبع) للمجني عليه عن بقايا جلدية أو دم أو شعر أو ألياف تخص الجاني حيث يمكن تحديد فصيلة الدم وإجراء اختبار البصمة الوراثية لمقارنتها مع المشتبه فيه. وكذلك يتم التعرف علي الجاني من خلال فحصه عن آثار المقاومة، وأخذ عينات الأظافر والطبقة الواقعة تحتها للفحص عن أي آثار تعود للمجني عليه.

(٣) تحديد نوع الجريمة من خلال مكان تواجدها حيث إن:ـ

* وجودها حول العنق يشير إلى جريمة الخنق باليدين.
* وجودها حول فتحتي الأنف والفم يشير إلى جريمة كتم النفس.
* وجودها حول الجهة الأنسية لمقدم الفخذين تدل علي الاعتداء الجنسي بالفرج في الأنثى.
* وجودها حول الآليتين وخلفية الفخذين تدل علي الاعتداء الجنسي بالشرج.

طريقة رفع الأظافر والآثار العالقة بها

(١) يفضل أولا كحت المنطقة أسفل الأظافر بأعواد الخلة أو أعواد الكبريت التي تستخدم في تنظيف الأسنان وتوضع مخلفات كل يد في ورقة بيضاء ثم في ظرف ورقي أو طبق بتري وتحرز.

(٢) تقليم أظافر المجني عليه (والمتهم في حالة القبض عليه) بعمق حتى منطقة اتصالها بالجلد وتوضع أيضا قلامات أظافر كل يد في ورقة بيضاء ثم في

ظرف ورقي أو في طبق بتري وتحرز وترسل للأدلة الجنائية للبحث عن فصيلة الدم وعمل اختبار البصمة الوراثية ومقارنتها مع المتهم (إذا كانت الأظافر مأخوذة من المجني عليه) أو مقارنتها مع المجني عليه (إذا كانت الأظافر مأخوذة من المتهم).

سحجات العضة الآدمية

العضة الآدمية كثيرا ما تشاهد بجثة المجني عليه (أو بجسد المتهم) وخاصة في حالات اضطهاد الأطفال وجرائم الاعتداءات الجنسية.

العضة الآدمية في حالات اضطهاد الأطفال تشاهد في أي مكان من جسد الطفل، ولكن الأماكن المفضلة دائما هي الذراعين واليدين والكتفين والخدين والآليتين والجذع. في مثل هذه الحالات يجب فحص العضة جيدا لتحديد ما إذا كانت ناتجة عن أسنان شخص بالغ أم عن أسنان صغيرة لطفل كان يلعب معه قبل الجريمة أم ناتجة عن عضة حيوان (العضة الحيوانية تكون علي هيئة خطين متوازيين).

العضة الآدمية في حالات الاعتداءات الجنسية تشاهد بجثة المجني عليها عادة في المناطق المتعلقة بممارسة العملية الجنسية وخاصة بالثديين وحلمتي الثديين ومنطقة المهبل والفخذين والعنق والكتفين. قد تكون العضة بسيطة مثل تلك التي تسمي عضة الحب أو تكون شديدة يتخلف عنها بتر حلمة الثدي أو جزء من حلمة الثدي وخاصة في حالات العنف السادي.

العضة الآدمية من الممكن أن يحدثها المجني عليه بنفسه مثل عضة اللسان أو الشفتين في حالات الصرع، كما يمكن أن يحدث الشخص العضة بنفسه متعمدا لاتهام شخص ما.

طبيعة (شكل) العضة الآدمية

* قد تظهر العضة الآدمية علي الجسد علي هيئة جزء صغير من قوس الأسنان (يقترب من شكل الدائرة أو يكون بيضاوي الشكل) ممثلا المنطقة

الواقعة بين النابين مع وجود فجوة صغيرة علي الجانبين تمثــل المســافة بــين الفكين العلوي والسفلي.

* قد تظهر العضة علي هيئة علامات أسنان واضحة منفصلة أو قد تظهر علي هيئة صفين كل صف فيهما أسنانه متصلة ببعضها.

* قد تكون العضة علي هيئة سحجات أو كدمات أو تمزقــات أو تكــون خليط من ذلك.

* في بعض الأحيان تظهر العضة علي هيئة خطوط متوازية وذلك نتيجة تزحلق الأنياب علي الجلد من أعلي لأسفل لمسافة بضعة سنتيمترات.

ثانيا:ــ الكدمات (Bruises)

الكدم هو نوع من الإصابات الرضية تتمزق فيه بعض الأوعيــة الدمويــة (الأوردة والشرايين الصغيرة والشعيرات الدموية) تحت الجلد السليم فينشأ عــن ذلك تجمع دموي تحت الجلد يتجاوز قطره بضعة مليمترات نتيجة الضــرب أو الاصطدام بأداة صلبة راضة بقوة غير كافية لإحداث جرح الجلد. الكــدمات لا تحدث في الجلد فقط ولكنها تحدث في العضلات والأعضاء الداخلية أيضا.

الأنزفة العميقة قد لا تظهر خارجيا بالجلد، لذلك في الحالات المشاهد بهــا كدمات ظاهرة في أي موضع لابد من الشق علــي أنســجة الظهــر والإليــة والأطراف للبحث عنها تحت الجلد والعضلات. في بعض الأحيــان لا تظهــر الكدمات العميقة إلا بعد مضي عدة ساعات من الإصابة.

كدمات فروة الرأس قد لا تظهر خارجيا إلا إذا كان يصاحبها تورم بســبب وجود الشعر. كذلك يصعب ظهور الكدمات خارجيا في المصــابين أصــحاب البشرة السوداء.

تكدم طبقة الجلد والعضلات بجدار البطن شائع الحدوث، ولكن هذه الكدمات أقل حدوثا وظهورا من باقي أجزاء الجسد لعدم وجود عظــام بجــدار الــبطن الأمامي ومرونة هذا الجدار وقابليته للانضغاط مما يسمح بإزاحة جدار الــبطن

للخلف فتقل فرصة ظهور الكدم. العظام في الأطراف وفي الصدر تجعل الجلد والعضلات تنضغط بين الأداة الراضة والعظام فيما يعرف بالمطرقة والسندان مما يسهل فرصة ظهور الكدم. تطبيقا علي ذلك، فإن بعض الإصابات الشديدة بالأحشاء البطنية والتي قد تكون مميتة قد لا يشاهد بالجلد مقابلها أي مظاهر إصابية بجدار البطن وذلك خاصة في حالة ارتداء ملابس عديدة أو في حالة اتساع سطح الأداة الضاربة. هذا يعني أن غياب الكدمات بجدار البطن الأمامي عند وجود رواية للتعرض للضرب بجسم راض بالبطن لا يعني عدم تعرض الشخص لإصابة وهو ما يستدعي التأكد بالفحص الجيد للمصاب أو المتوفى.

الأصل أن الكدمات غير مميتة، ولكن في حالة الكدمات التي يصاحبها تمزقات وأنزفة بالأحشاء الداخلية فإن الوفاة قد تحدث نتيجة النزيف الدموي والصدمة، وخاصة في حالات إيذاء الطفل.

هناك فارق بين كلمة كدم (bruise)* وبين كلمة رض (contusion) فكلمة كدم تعني إن أثرها مرئي من خلال الجلد أو أنها موجودة تحت الجلد، بينما كلمة رض تعني أن أثرها موجود في أي منطقة من الجسم ولا يشترط رؤيته بالعين المجردة مثل وجوده بالعضلات أو الطحال أو المساريقا. لكن علي أية حال دائما يتم الخلط بين الكلمتين ويفضل دائما استخدام كلمة كدم عند تقديم التقرير لجهة غير طبية.

العوامل المؤثرة علي وضوح الكدم

(١) وجود فراغ كاف في منطقة الإصابة خارج الأوعية الدموية المصابة بحيث يسمح بتجمع الدم المتسرب فيه. لذلك فإن الكدم أكثر وضوحاً في الأنسجة الرخوة مثل تجويف العين أو كيس الصفن ويكون أقل وضوحاً في باطن القدمين وراحة اليدين نظرا لكثافة النسيج الليفي مما يقلل تجمع الدم.

(٢) شدة القوة الضاربة تؤثر تأثيرا طرديا علي ظهور الكدم فكلما زادت شدة الضربة زاد وضوح وظهور الكدم.

(٣) التركيب الوعائي للمنطقة المصابة يؤثر تأثيرا طرديا فكلما زاد حجم وكثافة الشبكة الوعائية كلما زادت فرصة ظهور ووضوح الكدم.

(٤) وجود عظام أسفل الجلد بالمنطقة المصابة: عند حدوث ضربة علي مناطق مثل الرأس وجدار الصدر فإنها تحدث كدمات أكثر ظهوراً ووضوحاً من الضربة المماثلة لها من حيث الشدة التي تقع علي جدار البطن أو الآليتين وذلك لأن العظام في الحالة الأولي تعمل كسندان الحداد فينحصر الجلد بين العظام والقوة المؤثرة للأداة.

(٥) عمق الوعاء الدموي المتهتك: معظم الأوعية الدموية التي تتهتك في حالة الكدمات تكون سطحية وتقع فوق مستوي اللفافة العميقة **(deep Fascia)** ولذلك فإن تسرب أي كمية قليلة من الدم من الوعاء المتهتك ستؤدي لظهور ووضوح الكدم. أما إذا كان الوعاء الدموي المتهتك يقع أسفل اللفافة العميقة فإن الدم المتسرب لن يستطيع الصعود لأعلي وبالتالي لن يظهر هذا الكدم في معظم الحالات.

(٦) السن: الشخص المسن يعاني من ضعف شديد بجدر الأوعية الدموية وقابلية الدم للتجلط وبالتالي فإن أي ضربة ضعيفة للشخص المسن تؤدي لتمزق جدار الوعاء الدموي وظهور ووضوح الكدم. كذلك الأطفال تظهر بهم الكدمات وتتضح بسهولة بأجسادهم مقارنة بالبالغين نظراً لقلة كمية النسيج الذي يغطي الأوعية الدموية، مع ليونة الأنسجة. داء البقع النزفية تحت الجلد **(Purpura)** في المسنين وخاصة بالساعدين قد يتم تفسيره عن طريق الخطأ علي أنه كدم.

(٧) الرياضيون: بعض ممارسي الرياضة مثل الملاكمين ولاعبي الكاراتيه والجودو والمصارعة تتمتع أنسجتهم بمرونة شديدة وبالتالي فإنهم يتحملون كثيرا من الضربات العنيفة التي لا يتحملها الأشخاص العاديين دون ظهور ووضوح الكدمات.

(٨) الأمراض: بعض الأشخاص الذي يعانون من مرض الإسقربوط ونقص التغذية أو الذين يتعاطون بعض الأدوية مثل الأسبرين أو مدمني تعاطي الكحول أو الذين يعانون من بعض أمراض الدم فإنهم ينزفون بسهولة، ولذلك تظهر الكدمات لديهم بسهولة.

(٩) زمن الفحص: الكدم يصبح أكثر وضوحاً بعد مرور عدة ساعات أو بضعة أيام من حدوث الضربة وذلك بسبب استمرار النزف من الوعاء الدموي المتهتك وتحرك الدم النازف من أسفل لأعلي في اتجاه الطبقة العلوية للجلد وتلوين الهيموجلوبين. لذلك في حالة إدعاء التعذيب بجسم صلب راض مع خلو الشخص من الآثار يجب إعادة فحصه بعد يومين من تاريخ الاعتداء لاحتمال ظهور كدمات لم تكن ظاهرة.

(١٠) بنيان الجسم: تظهر الكدمات أكثر وضوحاً في الشخص البدين عن الشخص النحيف بسبب كثرة الأنسجة الرخوة ووجود فراغات كافية بينها لظهور ووضوح الكدم.

(١١) الجنس: الأنثى وخاصة ممتلئة البنية تظهر بها الكدمات بسهولة.

موضع الكدمات

عادة تظهر الكدمات في موضع الإصابة إلا في بعض الاستثناءات حيث تتحرك الأنزفة تحت تأثير الجاذبية الأرضية خلال بضع ساعات لتظهر في مكان جديد مثل:ـ

* ظهور الكدم في جفون العينين بعد الضرب علي الجبهة.
* ظهور الكدم عند كعب القدم بعد الضرب علي الساق.

بعض الكدمات وخاصة في كبار السن قد تترك خلفها زيادة في صبغ الجلد (دكانة) لفترة تتراوح بين ٥ – ١٠ سنوات. هذه الدكانة لا تعني بالضرورة أن تكون هي موضع الضربة الأصلي ولكنها هي موضع تجمع الدم بعد الإصابة والذي قد يكون قد تغير بفعل الجاذبية الأرضية.



شكل (١)
سحج غير حيوية بفعل النمل



شكل (٢)
سحجات ظفرية بالعنق



شكل (٣)
سحجات خطية نتيجة الجر
على الأرض



شكل (٤)
سحج حلقى حيوى بالعنق
نتيجة الشنق



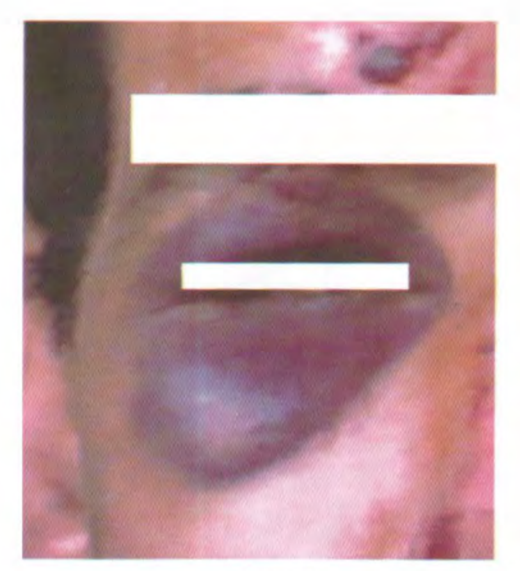
شكل (٥)
سحجات تقييد اليدين



شكل (٦)
عضة أدمية



شكل (٧)
سحجات إبعاد الفخذين نتيجة الأغتصاب الجنسي



شكل (٨)
عين سوداء نتيجة الضرب بقبضة اليد

عادة تكون مساحة الكدم تساوي مساحة سطح الأداة المستخدمة في الضرب، ولكن هذا لا يمنع من كبر أو صغر مساحة الكدم مقارنة بالأداة المستخدمة.

النزيف النمشي

النزيف النمشي **petechial haemorrhage** هو عبارة عن أنزفة صغيرة بحجم رأس الدبوس أو أقل وهي عادة لا تحدث من الضرب المباشر بل تحدث بطريقة غير مباشرة. كذلك قد يحدث هذا النزيف نتيجة مص الجلد في حالات الاعتداءات الجنسية فيما يعرف بعضة الحب. النزيف النمشي يحدث أيضاً نتيجة حالة مرضية ليس لها علاقة بأي ضرب أو اصطدام.

العيون السوداء (Black eyes)

عادة يسمي التجمع الدموي حول جفون العين بالعيون السوداء. هذه الحالة الإصابية تنشأ نتيجة أحد الأمور الثلاثة التالية:ـ

(١) الضرب المباشر للعين (شكل ٨) سواء بقبضة اليد أو الرفس بالقدم، وهذه قد يصاحبها كدم أو سحج بأعلى الخد أو الحاجب أو الأنف. قد يشمل ذلك عين واحدة أو العينان، وفي حالة إصابة العينين فإن التجمع الدموي لن يكون متماثلا بالعينين. هذه الحالة الإصابية لا يمكن حدوثها وفق إدعاء الجاني نتيجة سقوط هذا الشخص علي الأرض لأن بروز عظام حاجب العين وعظام الخد والأنف تمنع الارتطام المباشر بين الأرض المنبسطة والعين.

(٢) إصابة رضية للجبهة (شكل ٩) سواء أدت لكدم أو جرح رضي بالجبهة. في هذه الحالة ينزل الدم المتواجد تحت الجلد بالجبهة لأسفل بفعل الجاذبية الأرضية إلي منطقة حجاج العين فيحدث مظهر العين السوداء. يشترط بقاء الشخص علي قيد الحياة بضعة ساعات علي الأقل في الوضع واقفا أو جالسا حتى ينزل الدم من الجبهة لحجاج العين، وبالتالي لا يمكن مشاهدته في الحالات التي حدثت فيها الوفاة مباشرة عقب إصابة الجبهة أو الحالات التي دخلت في غيبوبة وظلت راقدة على ظهرها في غرفة العناية المركزة. يسهل تمييز تلك

الحالة من خلال وجود أثر الجرح أو الكدم بالجبهة وأثر امتداده من موضع الإصابة الأصلي وحتى حجاج العين.

إذا كانت إصابة الجبهة علي الخط المنصف للجسم فإن العين السوداء تشاهد عادة متماثلة في العينين. أما في حالة وجودها بالجبهة فوق أحد العينين (أي يسار أو يمين الجبهة) فإن الدم ينزل للعين التي يقابلها وبالتالي تشاهد عين سوداء وأخري سليمة.

(٣) كسور الحفرة الأمامية لقاعدة الجمجمة نتيجة ضربة رضية بالرأس مما يؤدي لحدوث تهتك بالفصين الجبهيين للمخ وكسور ثانوية بالعظم الرقيق لحجاج العين الذي يسمح بدوره بدخول النزيف الدموي لحجاج العين (شكل ١٠).

<u>الكدمات غير الحيوية</u>

يمكن إحداث كدمات بالجثة في الساعات الأولى بعد الوفاة باستخدام قوة مفرطة، وحيث أن الأوعية الدموية بعد الوفاة يكون ضغطها الداخلي صفر فإن الدم يخرج من الأوعية الدموية الممزقة بتأثير الضربة تحت تأثير الارتشاح السلبي وليس تحت تأثير الضغط، وبالتالي فإن كمية النزف تكون قليلة جدا مقارنة بقوة الضربة المستخدمة.

إذا تم الكشف الظاهري علي جثمان به كدمات ثم أودع الثلاجة وأعيد إخراجه بعد عدة ساعات أو بضعة أيام، فإن الكدمات المشاهدة بالكشف الظاهري الأول تصبح أكثر وضوحا، كما قد تظهر كدمات أخرى لم تكن مشاهدة بالفحص الأول نتيجة تحركها لأعلي من موضعها العميق.

يجب دائما عند إجراء الصفة التشريحية أن تفتح الرأس أولا حتى يتم سحب جميع الدماء من المخ والعنق، وبذلك لا يختلط الأمر علينا بالنسبة للدماء الموجودة بمنطقة العنق وتفسر على إنها كدمات.

الفحص الميكروسكوبي لتحديد ما إذا كان الكدم حيوي أم غير حيوي، عادة لا يجدي لأن معظم الكدمات الحيوية المميتة تؤدي للوفاة بسرعة دون حدوث أي تغيرات التئامية أو التهابية.

التعفن الرمي والكدمات

عند وقوع ضربة بالنسيج وحدوث الكدم فإن الدم يخرج من الوعاء الدموي الممزق ويدخل في الأنسجة الرخوة المحيطة وبالتالي لا يمكن غسله بالماء ولا يختفي بالضغط، بينما في حالات الرسوب الدموي يختفي الدم بغسل النسيج بالماء.

عند حدوث التعفن الرمي بالجثمان وخاصة في فروة الرأس تتحلل كرات الدم الحمراء فتتلون الأنسجة الرخوة بلون أحمر داكن واسع الانتشار، وهذا يجعل التمييز بين الكدم الحيوي الحادث قبل الوفاة والرسوب الدموي يستحيل تمييزه.

ثالثا:ــ الجروح الرضية (التهتكات)

الجروح الرضية هي عبارة عن تمزق أو تشقق الأنسجة نتيجة الضرب بآلات صلبة راضة أو السقوط من أعلى أو المصادمة والدهس في الحوادث المرورية. هذه الجروح عادة تحدث نتيجة قوة الهرس (crushing force) أو قوة التضاغط بين سطحين (shearing force). الجروح الرضية بالجلد قد يصاحبها تهتك (تمزق) بالأحشاء الداخلية.

حواف الجرح الرضي عادة غير منتظمة، وعادة تكون محاطة بسحجات وكدمات نتيجة ثقل الأداة المستخدمة ما لم تسقط الأداة عموديا علي الجلد. إذا حدثت الإصابة الرضية بمنطقة بها شعر مثل فروة الرأس فإن حواف الشعر في الجرح الرضي تكون مهروسة وليست مقطوعة قطعا حاد مثل حالات الجروح القطعية. النزيف المصاحب للجرح الرضي يكون أقل بكثير من النزيف المصاحب للجرح القطعي أو الطعني نظرا لأن ثقل الأداة المستخدمة في إحداث

الجرح الرضي عادة تهرس الوعاء الدموي فتقل كمية النزيف الخارجة منه. نظرا لأن مرونة الأنسجة الرخوة من الجلد حتى العظام لها قوة مرونة مختلفة، وبالتالي يكون التمزق بها مختلفا، فيكون تمزق الأوعية الدموية والأعصاب غير كامل، ولذلك عند النظر في قاع الجرح الرضي لابد أن نجد أنسجة عابرة بين حافتي الجرح وهي علامة مميزة للجروح الرضية. في هذه الجروح الرضية يجب فحص قاع الجرح جيدا للبحث عن أي جزء تحطم من الأداة المستخدمة وظل بالجرح أو أي شيء كان عالقا بسطح الأداة المستخدمة واستقر بالجرح.

غالبا يؤدي استخدام جسم صلب راض مستقيم مثل العصا الشوم أو الماسورة الحديدية إلي إحداث جرح رضي طولي الشكل، بينما يؤدي استخدام جسم صلب راض مسطح السطح إلي إحداث جرح رضي غير منتظم الشكل أو مسنن أو على شكل حرف Y أو حرف X. أحيانا يحدث الضرب برأس الشاكوش علي الرأس تمزق دائري أو قوس من الدائرة يماثل لحجم رأس الشاكوش، ولكن ذلك يكون في الضربات الشديدة المصحوبة بكسور منخسفة مطابقة أيضا لحجم رأس الشاكوش. لكن لابد أن نضع في اعتبارنا أن هذه ليست قواعد فقد ينتج عن الضرب بعصا الشوم جرح رضي غير منتظم على شكل حرف Y، وبالتالي فإن شكل الجرح الرضي عادة لا يعكس شكل الأداة المستخدمة.

انفصال جزء عن الجسم هو أحد صور التمزق الحادث في الجروح الرضية وخاصة في الجروح الرضية الهرسية لحوادث المرور. هذا الانفصال قد يصل إلي بتر جزء من طرف أو بتر طرف بأكمله أو حتى انفصال الرأس بالكامل عن الجسم. كذلك فإن الأحشاء الداخلية قد يحدث لها انفصال جزئي أو انفصال كامل في الإصابات الرضية. أحيانا يكون للأداة المستخدمة تأثير دوراني (رحوي) علي الجلد مثل شد الرأس بسير ماكينة تدور في مصنع أو سير طلمبة



شكل (٩)
عيون سوداء نتيجة الضرب بالجبهة



شكل (١٠)
عيون سوداء
نتيجة كسور عظام قاعدة الجمجمة



شكل (١١)
انسجة عابرة بين حافتى الجرح
نتيجة إصابة رضية بالرأس



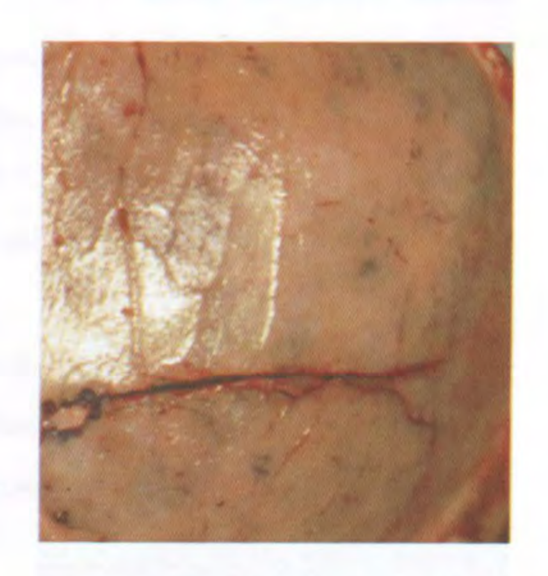
شكل (١٢)
كسور مفتتة بعظام الجمجمة



شكل (١٣)
كسور منخسفة بعظام الجمجمة



شكل (١٤)
كشر شرخي بعظام الجمجمة



شكل (١٥)
كسر قطعى بعظام الجمجمة



شكل (١٦)
كدمات وسحجات
حول الجرح الرضى

سحب مياه الري من الترع مما يؤدي لانسلاخ جزء من فروة الرأس، وهذه الحالة أكثر مشاهدة في النساء نظرا لطول شعرهن.

هذه الجروح الرضية عادة تشاهد بالجلد الذي يوجد أسفله عظام حيث تنحصر الأنسجة بين الأداة المستخدمة والعظام ولذلك تشاهد عادة بالرأس ونادراً جداً ما تشاهد الجروح الرضية بالبطن أو الآليتين (إلا إذا كانت القوة الواقعة شديدة جدا أو تكون الأداة بها جزء بارز). فروة الرأس من أكثر المواضع التي يمكن أن تشاهد فيها الجروح الرضية حيث تنحصر الفروة بين الأداة الراضة وبين عظام الجمجمة مثل السندوتش. نظراً لقلة سمك فروة الرأس ومتانة وسماكة عظام الجمجمة فإن الأداة الراضة غالباً تشق الجلد شقاً نظيفا بحيث يبدو لغير الخبير حاد الحواف مثل الجروح القطعية ولكن يمكن تمييزه عن الجرح القطعي من خلال:ــ

(١) وجود أنسجة عابرة تصل بين حافتي الجرح (شكل ١١)، هذه الأنســجة لا يمكن مشاهدتها في حالة الجروح القطعية لأن الأداة الحادة تقطع الأنسجة قطعا كاملاً.

(٢) كسور عظام الجمجمة (حال وجودها) تكون مفتتة (شكل ١٢) أو منخســفة (شكل ١٣) أو شرخية (شكل ١٤) ولا تشاهد الكسور القطعية (شكل ١٥) التــي تصاحب الأدوات الحادة.

(٣) تكدم وتسحج وهرس حواف الجرح (شكل ١٦)، ولكن هذه المنطقة قد تكون ضيقة جداً مما يتطلب استخدام عدسة مكبرة لمشاهدة هذه المنطقة الضيقة.

(٤) شعر فروة الرأس يهرس ويقطع قطعا غير حاد ويدخل داخل الجرح، أمــا الأداة الحادة فتقطع الشعر قطعاً حاداً.

علي أية حال، فإن تمييز الجرح الرضي بالرأس عن الجرح القطعــي فــي الجثث المتحللة قد يصعب تحققه.

الضرب باستخدام اليدين (أي دون استخدام أدوات)

الصفع واللكم للأذن والوجه

الصفع علي الوجه يترك عادة كدمات محمرة غير مميزة (شكل ١٧)، وفي أحيان قليلة يترك كدمات طولية تمثل الأصابع وذلك في حالة ابتعاد أصابع اليد الضاربة عن بعضها البعض.

وجود خاتم كبير في إصبع الجاني قد يحدث جرح رضي عند الصفع بالوجه ويترك ندبة التئام مميزة عند التئامه. يجب تمييز ندب الوجه الإصابية عن تلك الناتجة عرضياً أثناء اللعب في فترة الطفولة أو تلك الناتجة عن الالتهابات وحب الشباب أو العلامات القبلية.

كثيراً ما يصل صفع الوجه إلي الأذنين (تسمي طريقة الهاتف **telefono** وهي كثيرة الاستخدام في التعذيب في شيلي والمكسيك)، وكثيراً أيضاً يصل الضرب بقبضة اليد أو بالعصا إلي الأذن. هذه الضربات قد تحدث نزيفا وقتيا من الأذن مع فقدان السمع نتيجة تهتك طبلة الأذن (شكل ١٨). غالباً يشعر الشخص بطنين بالأذن **tinnitus** للحظة قصيرة.

ثقب طبلة الأذن يشاهد كثيراً ولكن لكون معظم تلك الثقوب يكون قطرها أقل من ٢مم فهي تحتاج لفحص دقيق حتى يتم تشخيصها. عادة تلتئم (شكل ١٩) الثقوب الصغيرة بطبلة الأذن بمفردها دون تداخل جراحي في فترة حوالي عشرة أيام وبالتالي يتحسن السمع تدريجياً بهذه الأذن. لكن في حالات نادرة جداً تحدث إزاحة لعظيمات الأذن مما يؤدي للفقد الدائم للسمع. علينا دائما أن ندرك أن ثقوب طبلة الأذن قد تحدث بدون إصابة نتيجة حالة مرضية ولابد هنا من عرض الحالة علي أخصائي الأنف والأذن للاستعانة برأيه وتوضيح ما إذا كان هذا الثقب إصابي أم مرضي.

حالات ثقب طبلة الأذن التي تعرض متأخرة علي الجهات الطبية عادة يشاهد بها ندبة أو أكثر بطبلة الأذن وهنا يكون التمييز بين كونها مرضية أو إصـــابية

المنشأ أمر في غاية الصعوبة. علي أية حال معظم الندب المرضية بطبلة الأذن تكون مستديرة ومتماثلة بينما الندب الإصابية تكون عادة نجمية الشكل.

الإصابات الرضية بالأذن الخارجية قد تحدث تجمع دموي أو تهتك بصيوان الأذن أو حتى انفصال كامل لجزء من صيوان الأذن (شكل ٢٠). الإصابات الرضية للأذن الوسطي والأذن الداخلية قد تؤدي إلي فقدان السمع، والدوخة وطنين الأذن، وعدم الثبات، ونادراً تؤدي إلي شلل العصب الوجهي. في حالة الشكوى من تأثر السمع يجب العرض علي أخصائي الأنف والأذن لإجراء رسم سمع وتقييم حالة عظيمات الأذن والأذن الداخلية. ففقدان السمع قد يكون فقدا توصيليا أو فقدا حسيا عصبيا. فقدان السمع التوصيلي قد يحدث نتيجة تهتك طبلة الأذن أو تجمع الدم في الأذن الوسطي، أما فقدان السمع الحسي العصبي فعادة يشير لتحطيم قوقعة الأذن بالأذن الداخلية.

أحيانا يشاهد سائل ينزل من الأذن وقد يكون نابعاً من الأذن الخارجية أو الأذن الداخلية. إذا ثبت أن هذا السائل هو سائل مخي شوكي (**CSF**)، يلزم إجراء أشعة مقطعية أو أشعة رنين مغناطيسي لتحديد موضع الكسر.

الصفع واللكم للعين

تحدث إصابات كثيرة بالعينين سواء نتيجة الضرب المباشر للعين أو نتيجة غير مباشرة للضرب بالوجه أو الرأس. هذه الإصابات تشمل نزيف بملتحمة العين (شكل ٢١) أو بالشبكية، أو خلع بعدسة العين، أو انفصال بالشبكية.

في أي حالة ادعاء إصابة للعين يجب أن يعرض الشخص مباشرة علي أخصائي العيون لبيان حالته وتوضيح ما إذا كانت مرضية أم إصابية.

خلع عدسة عين المتوفى بعد الوفاة بفترة قصيرة بغرض زراعتها لشخص آخر يمكن أن ينشأ عنها نزيف في جفون العين يصعب تمييزه عن النزيف الحيوي الحادث قبل الوفاة.

نزيف الرأس قد يتحرك بعد الوفاة ويتكون في العين إذا كانت عظام حجاج العين بها كسور مقابل قاعدة الجمجمة، وخاصة في حالة المتوفى الراقد ووجهه مواجه للأرض.

الصفع واللكم للأنف

الجزء السفلي من الأنف غضروفي وبالتالي فهو طـري ومـرن ويتحمـل الضربات دون ظهور مظاهر إصابية به. أما الجزء العلوي من الأنـف فهـو عظمي وبالتالي فإن اللكم أو حتى الصفع العنيف قد يـؤدي لحـدوث كسـر أو انحراف في حاجز الأنف. في البداية يكون تشخيص هذا الكسر أو الانحـراف ليس سهلاً بسبب تورم الأنسجة الرخوة، ولذلك يفضل إعادة فحـص الشـخص الذي يشكو من تورم الأنف بعد مرور ٧٢ ساعة من الواقعة علي الأقل حتـى يكون هذا التورم في طريقه للزوال. جس الأنف باليد قد يحدث طرقعـة وهـي علامة تشخيصية لهذا الكسر. في تلك الحالات يلزم إجـراء فحـص شـعاعي باستخدام أشعة x. أما في الحالات التي يكون تورم الأنف مصـحوب بنـزول سوائل من الأنف يلزم إجراء أشعة مقطعية أو تصوير بالرنين المغناطيسي علي الأنف.

النزف من الأنف هو أهم مظاهر العنف علي الأنف، وقد يكون هذا النـزف مميتا في الشخص الذي يفقد وعيه من تأثير الضرب إذا سال الدم للخلف عبـر فتحة الأنف الخلفية ووصل إلي الحنجرة فيسد المسالك الهوائية.

اللكم بالفم

أحيانا يؤدي اللكم الشديد للفم إلي تكدم أو تهتك بالسطح الـداخلي المـبطن للشفتين (شكل ٢٢)، أو خلع أو كسور بالفك مع تحديد في حركة الفك، أو خلـع أو كسر أو خلخلة في الأسنان الطبيعية، أو كسر في الأسنان الصناعية، أو تورم في اللثة، أو نزيف من الأسنان واللثة، أو آلام في الأسنان واللثة، أو سقوط حشو



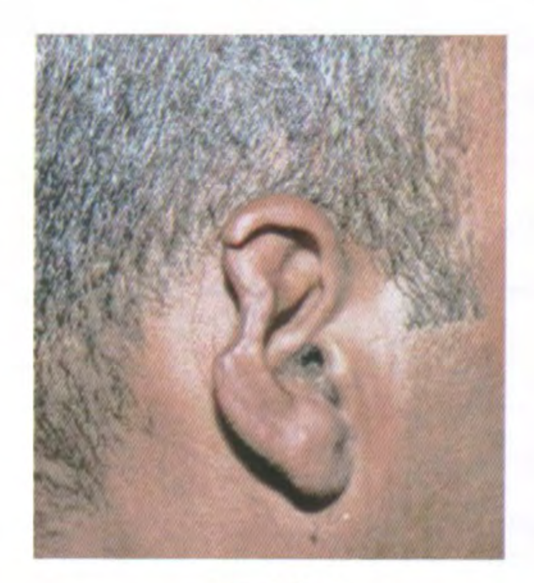
شكل (١٧)
كدمات حدثت من الصفع
باليد على الوجه



شكل (١٨)
ثقب طبلة الأذن نتيجة الصفع
باليد على الأذن



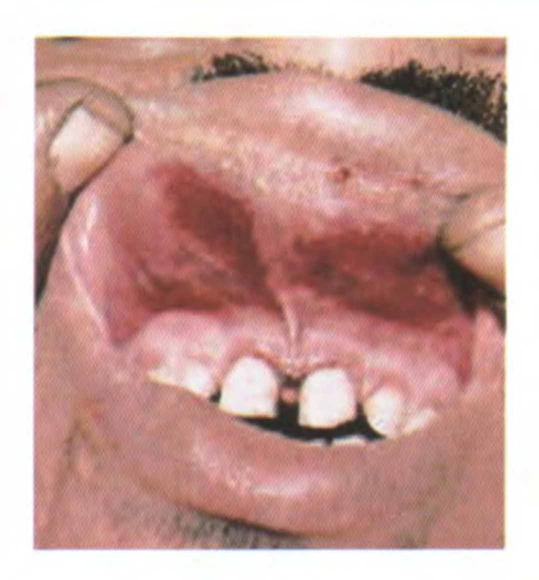
شكل (١٩)
التئام الثقب الإصابى
بطبلة الأذن دون تداخل جراحى



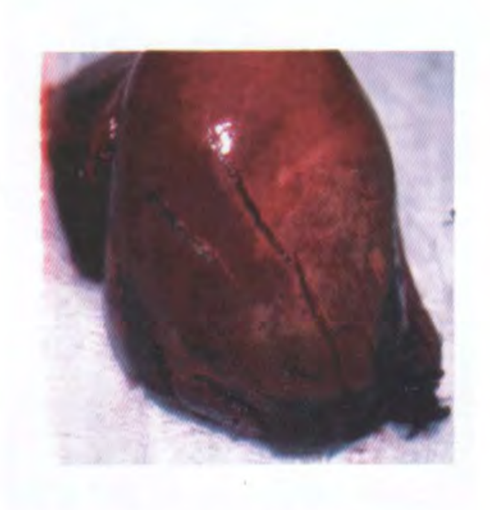
شكل (٢٠)
انفصال جزء من صيوان الأذن



شكل (٢١)
نزيف بالعين نتيجة الضرب باليد



شكل (٢٢)
كدم بالسطح الداخلى للشفه العليا نتيجة اللكم بقبضة اليد



شكل (٢٣)
تهتك بالكبد نتيجة الركل بالقدم



شكل (٢٤)
كدمات بالوجه نتيجة الركل بالقدم

الأسنان. في بعض الأحيان يلزم إجراء أشعة x أو تصوير بالرنين المغناطيسي للتأكد من سلامة عظام الفكين والأسنان والأنسجة الرخوة.

كثيراً ما يتم توصيل التيار الكهربي في حالات التعذيب بالكهرباء باللسان أو الفم أو الشفتين أو حتى اللثة وهذا قد يؤدي إلي ظهور سحج صغير في موضع التوصيل.

الرفس والركل

الرفس والركل بالقدم المنتعلة (أي التي ترتدي حذاء) قد تترك كدمة علي الجسم تميز الحذاء وخاصة الأحذية الجلدية، أما أحذية التدريب الرياضية المطاطية فعادة لا تترك أثرا مميزا لها. غالباً تشاهد آثار الرفس والركل علي البطن (شكل ٢٣) والصدر أو الوجه (شكل ٢٤). الضرب بمقدمة الحذاء قد تترك سحجة مقوسة أو جرح رضي بالجلد والذي قد يماثل إلي حد كبير الجرح القطعي. الضرب العمودي للقدم المنتعلة بقوة يترك انطباع مميز مثل الانطباع الذي يتركه إطار السيارة. أما إذا كانت الركلة سريعة جداً وشديدة فإنها تحدث تكدم عميق وبالتالي قد لا يظهر أثره خارجياً.

أحيانا يدوس الجاني بقدمه المنتعلة (شكل ٢٥) علي جسد المجني عليه بعد أن يطرحه أرضاً. وفي أحيان أخري يقف بكامل وزنه علي جسد المجني عليه، وفي أحوال ثالثة قد يقفز فوق جسد المجني عليه سواء بقدم واحدة أو بقدمتاه الاثنتين. عادة يقف الشخص علي الصدر أو البطن أو حتى اليدين وغالبا يؤدي الوقوف علي اليد إلي كدم بالجلد أو سحجات باليد (شكل ٢٦) المسنودة علي الأرض وأيضاً قد يؤدي لكسور بعظام الأضلاع أو القص أو مشطيات اليدين. إن الوقوف أو القفز علي البطن قد يؤدي لتهتكات بالأحشاء الداخلية (شكل ٢٧) ونزيف داخلي بالتجويف البطني.

في أحوال أخري يرفس الجاني بقدمه المنتعلة الوجه فيؤدي لكسر بالفك العلوي أو السفلي أو كليهما معاً وقد يكون الكسر أحادي الجانب أو علي

الجانبين، وكذلك قد يؤدي الرفس لكسر عظام الأنف والوجنتين والأسنان وإصابات جسيمة بالعينين مثل انفصال الشبكية أو نزيف بالملتحمة أو خلع عدسة العين، وأحيانا تكون الرفسة مميتة وتؤدي لفصل عظام الوجه عن قاعدة الجمجمة. كذلك قد تؤدي الضربة لنزيف مميت يسد المسالك الهوائية العليا. في تلك الحالة يجب تسليخ جلد الوجه كاملا لأعلي بدءا من الشق الذي يتم إحداثه في العنق ويرفع الجلد إلي مستوى الحجاجين، ويعاد الجلد ثانية لوضعه بعد الانتهاء من فحص الأنسجة الرخوة والعظام بالوجه وبالتالي يعاد بناء تركيب الوجه جيدا. عادة يكون كعب الحذاء هو الأشد حدوثا للإصابات من مقدمة الحذاء.

أحيانا يؤدي الرفس بالأذن إلي فصل جذر الأذن عن الرأس نتيجة تمزق الحافة الخلفية وهي موضع اتصال الأذن بالرأس.

أخطر إصابات الركل علي الإطلاق هي تلك الموجهة لكيس الصفن فهي عادة تحدث تنبيه للعصب الحائر والذي قد يؤدي عن طريق الفعل المنعكس لتوقف القلب والوفاة الفجائية. في هذه الحالات قد نشاهد تهتك (شكل ٢٨) أو كدم (شكل ٢٩) بكيس الصفن، مع أنزفه دموية حول الخصيتين داخل كيس الصفن.

الضرب بالأدوات الراضة

الأدوات الراضة

يقصد بها الأجسام الصلبة غير الحادة مثل العصا والماسورة التي تحدث عند الضرب أو الارتطام بها إصابات رضية مثل السحجات والكدمات والجروح الرضية، ولكنها عادة لا تحدث تمزقات بالملابس. لكن هذا لا يمنع من حدوث إصابات رضية من الأجسام الصلبة ذات الحافة الحادة ولكن من خلال استخدام الأجزاء الكالة بها مثل جوانب أو خلفية البلطة أو الشاطور أو ما في حكمهما.



شكل (٢٥)
إنطباع أثر الحذاء على الجلد



شكل (٢٦)
سحجات بظهر اليد والأصابع
نتيجة الوقوف على باطن اليد



شكل (٢٧)
تهتك بالكبد نتيجة ركل
البطن بالقدم



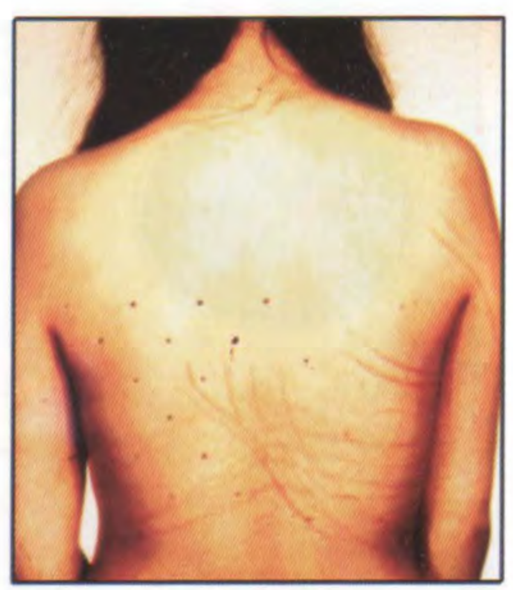
شكل (٢٨)
تهتك كيس الصفن نتيجة
الركل بالقدم



شكل (٢٩)
كدم بكيس الصفن نتيجة الركل بالقدم



شكل (٣٠)
كدم شريطى مزدوج مستقيم يحدث من الضرب العصا



شكل (٣١)
كدم شريطى مزدوج ملتف حدث من الضرب بسوط



شكل (٣٢)
سحجات نتيجة الضرب بجنزير

الضرب بالأدوات الراضة الصلبة المستطيلة مثل العصا أو ما في حكمها يعطي كدم شريطي مزدوج مستقيم (شكل ٣٠) عبارة عن خطين متوازيين مستقيمين من التكدم بينهما منطقة باهتة من الجلد تساوي جزء العصا المرتطم بالجسم حيث تحدث إزاحة للدم النازف علي جانبي موضع الضربة. هذه المسافة التي تفصل الشريطين عن بعضهما لابد أن تكون متساوية من أول الكدم حتى نهايته، وبالتالي يمكن تمييزها عن الإصابات المفتعلة التي تحدث بالعملة المعدنية والتي سيلي وصفها فيما بعد. عادة تشاهد تلك الكدمات بالظهر أو الصدر أو البطن، ويختفي أثر الكدم بالمنطقة السفلي بالظهر مقابل أسفل الفقرات القطنية للعمود الفقري نظرا لعدم قدرة العصا علي الانثناء.

أما استخدام جسم صلب راض مرن مثل الكرباج فإنه يعطي نفس الكدم الشريطي ولكنه يكون له القدرة علي الالتفاف حول مواضع الجسم الملتفة (شكل ٣١) كما إن له القدرة علي الوصول والدخول داخل الثنايا والتجاويف مثل المنطقة السفلي للعمود الفقري بالظهر وهذا ما يميز تلك الأدوات عن العصا الصلبة المستقيمة التي لا تستطيع أن تترك أثرها بالمنطقة القطنية للعمود الفقري بأسفل الظهر.

الضرب بالجنزير يعطي شكل مميز علي شكل حلقات دائرية صغيرة بينها فراغات صغيرة وتنتشر علي خط واحد (شكل ٣٢).

أحيانا في حالات التعذيب يلف الجاني جسد المعذب بفوط أو بطانية أو ملابس عديدة ويضربه بأي من هذه الأدوات الراضة فيقل الأثر الخارجي للأداة علي الجلد ولكنها عادة تحدث رضوض شديدة بالعضلات فتستغرق أياما عديدة حتى تطفو علي سطح الجلد علي شكل كدمات، وقد تحدث نزيفا داخليا بتجاويف الجسم نتيجة شدة الضرب. في الحالات الشديدة التي تتأذي فيها العضلات بشدة ينطلق الميوجلوبين **myoglobin** (ميوجلوبين هو صبغ بروتيني موجود في العضلات) مما قد يؤدي لحدوث فشل كلوي.

الضرب بالفلقة

في هذه الطريقة تقيد القدمين وترفع لأعلي ويضرب الشخص (غالبا في حالات التعذيب ونادرا في المدارس) علي باطن القدمين العاريتين بعصا الشوم (شكل ٣٣) أو الخيزران أو السوط. هذا يؤدي إلي كدمات (شكل ٣٤) وسحجات (شكل ٣٥) وآلام مبرحة بالقدمين مع تورمهما، وأحيانا يؤمر الشخص بالمشي أو الجري عقب هذا الضرب لإحداث آلام شديدة عندما يدوس الأرض بقدميه المتورمتين. في أحيان أخري يؤمر هذا الشخص المعذب بحمل شخص آخر علي ظهره ويسير به مما يزيد إحساسه بالألم بقدميه.

قد يلجأ الجاني بعد الانتهاء من الضرب بالفلقة بوضع قدمي المعذب في ماء مالح ثم يأمره بارتداء حذائه وذلك لتقليل حجم تورم القدمين.

تشخيص الضرب بالفلقة أمر في غاية السهولة إذا عرض الشخص علي الطب الشرعي في غضون أسبوع من الواقعة حيث يتألم الشخص المعذب بشدة وهو يمشي علي قدميه لحظة دخوله لمكتب الطبيب الشرعي للكشف عليه ويظهر الفحص تورم واحمرار (أو ازرقاق أو تلونات مختلفة حسب الفترة الزمنية المنقضية) مع التألم عند تحريك أصابع القدمين، وأحيانا يحدث اسوداد بأصابع القدم ناتج عن نقص التروية بالدم نتيجة تهتك الأوعية الدموية المغذية للأصابع (شكل ٣٦). يتألم هذا الشخص بشدة عند لمس باطن قدميه أثناء الكشف عليه، لذا يجب مراعاة ذلك وألا يوقفه الطبيب الشرعي أثناء الكشف كثيراً حتى لا يتألم أكثر. أحيانا تشاهد جروح بباطن القدم وخاصة إذا استخدم الجاني كرباج أو ما شابه ذلك وأحيانا أخري في الحالات العنيفة جداً تحدث كسور بمشطيات أو سلاميات أصابع القدمين ونادراً ما تشاهد كسور في أظافر القدمين الطويلة، لذلك يجب أن يتم إجراء أشعة x للتأكد من خلو القدمين من الكسور.

استخدام طريقة الفلقة في التعذيب بشدة ولمرات متعددة قد تؤدي لتأثير كبير علي قدرة الشخص علي المشي لسنوات طويلة. فقد يظل الشخص يعاني لسنوات

طويلة من عدم قدرته علي تحمل المشي ويحتاج للراحة كلما سار مسافة تصل لمائة متر تقريبا. أي إن هذا الشخص يتألم بعد المشي لفترات قصيرة وكذلك يتألم في المساء عند نومه نتيجة دفء فراش سرير النوم مما يحدث وخز خفيف وألم محرق بالطرفين السفليين وخاصة بباطن القدمين وعضلات سمانة الساقين. تخف هذه الآلام بالسير علي أرض باردة أو بوضع القدمين في ماء بارد.

هذا الشخص غالباً لا يستطيع أن يجلس مربع رجليه ولا يستطيع قرفصة رجليه دون تألم شديد. وفي الحالات الشديدة أيضاً تصبح مشية هذا الشخص غير متناسقة. كذلك في الحالات الشديدة قد تتأذي الأعصاب الجلدية بالقدم مما يؤدي إلي إحساس بالتنميل مع الشكوى من كثرة العرق وسخونة أو برودة بإصبع أو أكثر من أصابع القدمين. في الحالات الأكثر شدة يفقد كعب القدم وظيفته الأساسية وهي امتصاص الصدمات وبالتالي عندما يضع الشخص قدمه علي الأرض أثناء المشي فإن صدمة ارتطام قدمه بالأرض تنتقل مباشرة لأعلي لباقي الهيكل العظمي بالجسد وقد تصل إلي العمود الفقري مما يؤدي إلي وجود ألم مزمن متواصل خفيف بالساقين والفخذين وعظام الحوض والظهر عند الوقوف أو المشي. يمكن تشخيص تلك الحالة المتقدمة من خلال تحسس العظام تحت الجلد مباشرة بباطن القدم وكذلك من خلال مشاهدة تسطح القدم بالكامل علي الأرض للشخص الواقف. تشخيص صحة الادعاء بالضرب بالفلقة يعتمد علي مشاهدة الكدمات أو السحجات أو الكسور أو تنكرز غير ميكروبي لمشطية أو أكثر من مشطيات القدم. التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) يظهر زيادة سماكة لفافة باطن القدم.

<u>الجروح الدفاعية في حالة الإصابات الرضية</u>

الجروح الدفاعية هي الجروح التي تحدث بجسد المجني عليه عند محاولته منع وصول الأداة الراضة المستخدمة في الاعتداء من الوصول لجزء هام من الجسم مثل الرأس. محاولة صد الأداة الراضة قد يؤدي لحدوث سحجات أو

كدمات أو جروح رضية علي مقدم (وقليلا علي خلفية) اليدين أو الرسغ أو الساعدين أو خلفية الذراع. أحيانا يحتوي قاع الجرح الرضي الدفاعي علي جزء من الأداة المستخدمة أو أي شيء عالق بها. أيضا (وإن كان بدرجة أقل من الجروح) يمكن أن تحدث كسور بعظام الساعد أو بعظام اليد.

كسور العظام

كسور العظام قد تكون كسورا مباشرة أو كسورا غير مباشرة. الكسور المباشرة تحدث في مكان الارتطام أي في موضع ارتطام الأداة بالجسد بينما تحدث الكسور غير المباشرة في موضع بعيد عن موضع الارتطام. العظام التي تتعرض غالبا للكسور نتيجة الضرب بجسم راض عادة تشمل عظام الأنف والأضلاع وعظمتي الساعد (الزند والكعبرة) وعظام اليد (المشطيات والسلاميات) والنتوء المستعرض للفقرات. لذلك في حالات الكدمات الشديدة بالجلد أو الألم غير المبرر أو في حالة وجود إعاقات بالحركات يجب إجراء فحص شعاعي لهذا الموضع باستخدام أشعة x.

تقييم عمر الكسر من خلال مظاهر التئام الكسر يجب أن يترك لأخصائي الأشعة وأن يؤخذ بحذر شديد دون التحديد الدقيق نظراً لاختلاف معدل الالتئام بين الأشخاص. في حالات كسور العظام التي تعرض متأخرة علي الطب الشرعي يظهر الفحص الشعاعي وجود مظاهر التئام بهذا الكسر القديم.

كسور عظام الوجه

تشمل كسور الفك **mandible** وعظام الفك **maxilla** والعظم الوجني **zygoma** والقوس الوجني **zygomatic arch**، وهي تحدث عادة من الحوادث المرورية أو الضرب العنيف المباشر للوجه بأداة راضة. كسور عظام الوجه يمكن تصنيفها في خمس مجموعات وهي:ـ

(١) كسور القوس الفكي الحامل للأسنان **dento-alveolar fracture** وفيه تأتي الأداة الراضة من الأمام أو الجنب وتحدث انفصال لجزء من عظم الفك.

(٢) كسر لي فورت الأول LeForte I وهو عبارة عن كسر مستعرض الوضع بعظام الفك أعلي قمم الأسنان مارا بالحاجز الأنفي وجيوب عظام الفك maxillary sinuses وعظام الحنك palatine bone والعظم الوتدي sphenoid bone.

(٣) كسر لي فورت الثاني LeForte II وهو يسمي الكسر الهرمي وله نفس المسار الخلفي لكسر لي فورت الأول. ينحرف هذا الكسر في الأمام لأعلي بالقرب من التدريز الوجني الفكي zygomatic-maxillary suture مارا بالحافة السفلي لحجاج العين إلي داخل أرضية حجاج العين ثم إلي جدار حجاج العين الإنسي ثم إلي عظام الأنف والحاجز الأنفي.

(٤) كسر لي فورت الثالث LeFort III هو كسر علوي مستعرض الوضع بعظام الفك يمر عبر التدريز الأنفي الجبهي naso-frontal suture ثم خلال جدار حجاج العين الأنسي ثم بالتدريز الجبهي الوجني fronto-zygomatic suture عبر القوس ومن خلال العظم الوتدي.

(٥) الكسور السهمية sagittal fracture وهو الكسر الذي يمر من الأمام للخلف خلال عظام الفك.

كسور عظام الحوض

عظام الحوض تشكل مع بعضها حلقة. هذه الحلقة تحتاج لقوة شديدة حتى تتكسر. بمجرد حدوث كسر بأحد أجزاء هذه الحلقة فإنه عادة ما يصاحبه كسر آخر من عظام الحوض.

يمكن تقسيم كسور عظام طبقا لاتجاه القوة إلي أربعة أنواع وهي الضغط الأمامي الخلفي، والضغط الجانبي، والتضاغط في اتجاهين متعاكسين، والكسور المركبة.

الكسور الناتجة عن الضغط الأمامي الخلفي للحوض تنتج من القوة الواقعة علي الارتفاق العاني symphysis pubis من الأمام ويصاحبها كسور الارتفاق

العاني، أو القوة الواقعة علي الشوكة الحرقفية الخلفية **posterior iliac spine** من الخلف والتي تؤدي إلي انفصال المفصل الحرقفي العجزي، أو القوة الدورانية الخارجية العنيفة الواقعة علي أعلي عظمة الفخذ.

الكسور الناتجة عن الضغط الجانبي علي الحوض تنتج من القوة التي تقع مباشرة علي العرف الحرقفي **iliac crest** أو القوة الواقعة علي المدور الكبير **greater trochanter** لعظم الفخذ بواسطة رأس عظمة الفخذ المندفعة في حق عظمة الفخذ **acetabulum**. في هذه الحالات من الضغط الجانبي علي الحوض ينكسر فرع عظمة العانة **pubic ramus** من الأمام علي جانب الضربة أو علي الجانب المقابل (بنسبة أقل)، بل وأحيانا تتكسر فروع عظمة العانة الأربعة أو حتى ينكسر الارتفاق العاني. إذا دفعت رأس عظمة الفخذ في حق عظمة الفخذ تتكسر فروع عظمة الحوض علي نفس الجانب، وقد ينكسر المفصل الحرقفي العجزي وحق عظمة الفخذ.

إصابات قوة التضاغط في اتجاهين متعاكسين ينتج من الضربة شديدة القوة للمفصل الحرقفي العجزي علي أحد الجانبين أو علي الجانبين معا بحيث تتعامد هذه القوة علي الحوض مما ينتج عنه تمزيق أربطة المفصل الحرقفي العجزي الأمامية والعلوية مع تمزيق المفاصل. أيضا قد ينتج عنها كسور بالارتفاق العاني، وبفروع العظم العاني الأمامية أو بجميع فروع العظم العاني.

في الكسور المركبة تكون هناك قوة متعددة تقع علي الحوض من اتجاهات مختلفة، وهي بالتالي مزيج من الأنواع الثلاثة السابق ذكرها وقد ينتج عنها أي نوع من الكسور السابق ذكرها.

كسور عظام الأطراف

كسور عظام الأطراف قد تحدث نتيجة التعرض لقوة مباشرة أو التعرض لقوة غير مباشرة.

(١) الكسور نتيجة القوة المباشرة

عند ارتطام جسم صلب راض بالعظام الطويلة فإنه يؤدي إلي ثني العظام وكسرها في الجهة المقابلة لموضع الضربة. أما إذا كانت الإصابة الرضية شديدة فإن العظام تهرس في موضع الضربة قبل أن تتكسر في الموضع المقابل لها. في الكسور المفتتة قد تتكسر العظمة إلي أكثر من جزأين.

الكسور نتيجة التعرض لقوة مباشرة قد تكون كسور نافذة أو كسور بؤرية أو كسور هرسية، وذلك اعتمادا علي قوة الضربة الموجهة للعظام ومساحة المنطقة التي وقعت عليها هذه القوة.

الكسور النافذة **penetrating fracture** هي التي تحدث نتيجة استخدام قوة مفرطة علي منطقة صغيرة من العظام وأشهر أمثلتها إصابات المقذوفات النارية.

الكسور البؤرية **focal fracture** هي التي تحدث نتيجة استخدام قوة ضعيفة علي منطقة صغيرة من العظام مما يحدث كسر مستعرض الوضع، وتكون إصابات الأنسجة الرخوة قليلة في صورة سحج أو كدم أو جرح رضي صغير. إذا وقعت هذه القوة الضعيفة علي منطقة بها عظمتين مثل الساعد أو الساق فإنها لا تحدث إلا كسر في عظمة واحدة فقط. عادة تكون الكسور البؤرية المشاهدة بالساعدين هي كسور دفاعية في محاولة صد العصا أو الماسورة ومنعها من الوصول للجسم.

الكسور الهرسية **crush fracture** هي التي تحدث نتيجة استخدام قوة مفرطة فوق منطقة كبيرة من العظام مما يحدث إصابات شديدة بالأنسجة الرخوة مع كسور مفتتة بالعظام. في الأماكن التي يوجد بها عظمتين كالساعد والساق تتكسر العظمتين في نفس المستوى. معظم هذه الكسور الهرسية تشاهد بالساقين عند تعرض الماشي للصدم بواسطة اكصدام السيارة.

(٢) الكسور نتيجة القوة غير المباشرة

هذه الكسور تحدث بتأثير قوة تعمل علي مسافة بعيدة عن موضع الكسر. العظام أضعف للشد (المط) أكثر من الانضغاط.

الكسور غير المباشرة قد تنتج عن الشد **traction**، أو اعوجاج زاوي **angulation**، أو الدوران **rotational**، أو الانضغاط الرأسي **vertical compression**، أو الاعوجاج الزاوي مع الانضغاط، أو الاعوجاج الزاوي مع الدوران والانضغاط.

كسر الشد مثل حالة الانقباض العنيف للعضلة رباعية الرؤوس التي تؤدي إلي كسر مستعرض الوضع بعظمة الرضفة (صابونة الركبة).

في كسر الاعوجاج الزاوي تنثني العظمة حتى تنكسر، فينظغط السطح المقعر للعظمة بينما يقع السطح المحدب تحت تأثير الشد وهو ما ينشأ عنه كسر مستعرض الوضع.

في حالة الكسر الدوراني تلتوي العظمة فيحدث بها كسر حلزوني. هذا الكسر الحلزوني يحدث فقط عند تعرض العظمة لقوة التواء. في عظمة الفخذ عادة يحدث هذا الكسر الحلزوني بالثلث العلوي للعظمة.

الانضغاط الرأسي للعظمة يحدث كسر مائل بجسم العظمة الطويلة مثل عظمة الفخذ. في عظمة الفخذ يشاهد هذا الكسر عادة علي شكل حرف **T** أو حرف **Y** في نهاية العظمة بالقرب من مفصل الركبة نتيجة اصطدام السائق بلوحة عدادات السيارة في الحوادث المرورية.

في حالة كسر الاعوجاج الزاوي مع الانضغاط يكون جزء من الكسر مائل الوضع نتيجة الضغط، والجزء الآخر مستعرض الوضع نتيجة الاعوجاج الزاوي. أما في حالة كسر الانضغاط الزاوي مع الانضغاط والدوران يكون الكسر مائل الوضع نتيجة الاعوجاج الزاوي مع الدوران، ويزيد الانضغاط فرصة حدوث الكسر.

مضاعفات الإصابات الرضية للطرفين السفليين

(١) الصدمة

تحدث الصدمة نتيجة الإصابات الهرسية الشديدة بالأنسجة الرخوة أو نتيجة الكسور المضاعفة للعظام.

(٢) النزيف الدموي

يحدث النزيف الدموي نتيجة البتر الإصابي، أو نتيجة الكسور المضاعفة مع تمزق وعاء دموي كبير، أو التمزقات المتعددة، أو الجروح الهرسية التهتكية الشديدة للجلد وطبقة ما تحت الجلد مع تمزق الأوعية الدموية الصغيرة.

(٣) تجلط الدم الوريدي مع سدة رئوية قاتلة

قد تجرح الأوردة بالطرفين السفليين نتيجة الإصابة الرضية المباشرة مما قد يؤدي لتجلط الدم. تجلط الدم قد يحدث أيضا بطريقة غير مباشرة نتيجة ركود الدم الوريدي نتيجة بقاء المصاب بالمستشفي مقيد الحركة من جراء الكسور. الجروح الهرسية غير المصحوبة بكسور بالعظام قد يصاحبها جروح مباشرة بالأوردة أو ركود للدم نتيجة النزيف الضاغط علي الأوردة من الخارج مع الوزم مما قد ينتج عنها تجلط بالأوردة بالرغم من عدم وجود كسور بالعظام.

(٤) السدة الدهنية fat embolism

السدة الدهنية قد تحدث نتيجة الإصابات الرضية التي تحرك الدهون من مواضع الدهون المتأثرة بالضربة. تحريك هذه الدهون يحدث بسرعة كبيرة بعد الضربة حيث يكفي أن ينبض القلب نبضات قليلة حتى تصل هذه الدهون المتحركة إلي الرئتين أو حتى إلي الدورة الدموية. لذلك هذه الدهون قد تشاهد بالرئتين في الوفيات التي تحدث بسرعة ولكن تكون بكمية قليلة.

كمية الدهون في الأشخاص المصابين تتناسب مع درجة الإصابة ومع الوقت الذي يبقى فيه المصاب علي قيد الحياة، وهي أكثر حدوثا مع المسنين.

الفحص المجهري للرئتين يظهر وجود كميات كبيرة من قطرات دهنية داخل الأوعية الدموية وفي الشعب الهوائية وفي الكليتين والمخ. فحص قطاعات المخ مجهريا يظهر نزيف نمشي منتشر بالمخ مع قطرات دهون داخل الشعيرات الدموية.

(٥) العدوى الميكروبية infection

عادة تتلوث الكسور المضاعفة بالميكروبات التي تدخل للجرح وتستقر بالأنسجة المتهتكة. شدة هذه العدوى الميكروبية ومآلها يعتمد علي مدى شراهة هذه الميكروبات وسرعة التدخل الطبي وتنظيف الجرح، ولذلك فقد تقتصر هذه العدوى علي طبقة الجلد فقط أو تمتد لباقي الأنسجة الرخوة أو حتى تؤدي لالتهاب العظام. تواجد الميكروبات الهوائية واللاهوائية بالجرح قد يؤدي إلي غرغرينا بالطرف السفلي، أو أنيميا مسببة لانحلال كرات الدم الحمراء **hemolytic anaemia**، أو فشل كلوي حاد، أو تسمم بالدم. الأشهر حدوثا هو تلوث الجرح بالتيتانوس.

(٦) إصابات الهرس للأطراف

تتكرز العضلات نتيجة نقص التروية أو نتيجة الإصابة ذاتها قد يؤدي إلي انطلاق الميوجلوبين من العضلات الذي يؤدي بدوره إلي تنكرز حاد بالأنابيب الدقيقة **acute tubular necrosis**.

إصابات العضلات والأربطة والأوتار

التصوير بالرنين المغناطيسي **MRI** هو أحسن وسيلة لتقييم إصابات الأوتار والأربطة والعضلات. في المراحل المبكرة بعد الإصابة نستطيع من خلال التصوير بالرنين المغناطيسي اكتشاف النزيف والتمزق بالعضلات، ولكن بعد مرور فترة من الوقت لا تظهر هذه التقنية أي مظاهر إصابية نظراً لأن العضلات تلتئم بدون ندب. علامات تمزق الأربطة تظهر علي هيئة التورم والتكدم وتقلص العضلات والتألم عند اختبارها، وأحيانا يكون هناك فجوة

محسوسة في الرباط. كذلك قد يعاني الشخص من تهتك الوتر أو انفصاله من نهايته عند ارتباطه بالعظام.

شكوى المريض من الضرب بالجهاز العضلي الهيكلي تنحصر في الألم في موضع محدد من الجسم، أو تحديد في حركة مفصل، أو تورم، أو تنميل، أو فقدان الإحساس نهائيا عند ملامسة الموضع، أو ضياع الانعكاسات الوترية. عند مشاهدة السحجات أو الكدمات أو الجروح الرضية يجب أن يفحص الموضع عن حركة المفاصل، وتألم الشخص أثناء الحركة من عدمه، والكسور وخلع المفاصل.

تقييم الإصابات القديمة

في بعض الأحيان تعرض حالة إصابات علي الطبيب الشرعي بعد مرور عدة شهور أو سنوات من واقعة الضرب المدعاة، وفي هذه الحالة يكون من الصعب أو من المستحيل أن يقرر الطبيب الشرعي صحة أو كذب إدعاء الضرب. وحيث إن الفيصل في تحديد صدق رواية الاعتداء هو توافق رواية الاعتداء مع الآثار المادية المشاهدة بجسد الشخص ونظراً لضياع معظم الآثار المادية بمرور هذا الوقت الطويل أو بقاء آثار غير نوعية مثل ندب الالتئام (شكل ٣٧) فإنه يصعب البت في ذلك حيث إن تلك الندب قد تكون حدثت نتيجة حالة إصابية سابقة أو لاحقة لواقعة الاعتداء المدعاة (أي ليس لها علاقة بواقعة الاعتداء المدعاة الأخيرة) أو حدثت نتيجة حالة مرضية. لكن في بعض تلك الأحوال فإن الحصول علي تقارير طبية سابقة قد يكون هو المفتاح والحل السحري لتفسير بعض الندب المشاهدة بجسد الشخص.

في كل المظاهر الالتئامية القديمة أو مظاهر تحديد الحركة لأي مفصل يجب أن يسأل الطبيب الشرعي نفسه هل تلك المظاهر خلقية المنشأ، أم مرضية، أم إصابية. إذا كانت إصابية يسأل الطبيب الشرعي نفسه هل هي لها علاقة بالواقعة المدعاة أم إنها ناشئة عن إصابات عرضية (مثل حوادث السيارات)، أو

إنها ناشئة عن إصابات جنائية قبل أو بعد الواقعة الحالية أم إنها إصابات مفتعلة بيد الشخص أو بيد موالية له.

التغير في درجة صبغ الجلد سواء بالزيادة أو النقصان يجب ألا يؤخذ علـــي إنه علامة من العلامات القديمة للإصابات حيث إنه يشاهد أيضاً نتيجة متخلفات مرضية قديمة مثل الهرش الناتج من الحساسية أو حالات نقص الفيتامينات مثل مرض الإسقربوط والبلاجرا.

في أحيان كثيرة يستطيع الطبيب الشرعي من خلال شكل النـــدب القديمـــة تمييز الجروح القطعية من الجروح الرضية حيث تكون الندبة المتخلفة عن جرح قطعي منتظمة وخطية الشكل (شكل ٣٨). بينما تكون الندبة المتخلفة عن جرح رضي غير منتظمة الشكل وغالبا أكثر عرضا. لكن في بعض الأحيان يصـــعب تمييز ذلك وخاصة إذا تم التداخل الجراحي بتقريب حـــواف الجـــرح بـــالخيوط الجراحية (شكل ٣٩) وبالتالي يتعذر في تلك الحالة تحديد طبيعة هذا الجرح من خلال شكل الندبة. أي إننا إذا شاهدنا ندب غرز جراحية حول الندبة الأصـــلية يجب الامتناع عن ترجيح نوع الجرح من خلال شكل هذه الندبة. كذلك تـــؤدي التهابات الجروح إلي تغيير شكل ندبة الالتئام، فالجرح القطعي الخطي الشكل قد تحدث به التهابات تؤدي إلي حدوث ندبة غير منتظمة الشكل. دائمـــا لابـــد أن نضع في اعتبارنا أن بعض الندب الخطية في الوجه تتخلف عن فعل متعمد في بعض القبائل الأفريقية بهدف تمييز القبائل عن بعضها البعض. كذلك يجـــب أن نضع في اعتبارنا أن بعض المهن مثل عمال البناء وبعض ممارسي الرياضـــة مثل الملاكمين يشاهد بأجسادهم العديد من الندب المتخلفة عن العمل أو ممارسة رياضة الملاكمة العنيفة.


الفصل الرابع
إصابات
الأسلحة الحادة

الفصل الرابع

إصابات الأسلحة الحادة

الأسلحة البيضاء

عرف القانون الفرنسي السلاح بأنه (كل آلة أو أداة قاطعة أو ثاقبة أو راضة)، وأضاف هذا القانون بأن المطواة والمقص والعصا لا تعتبر أسلحة إلا إذا استخدمت للقتل أو للجرح أو للضرب. ويمكن تعريف السلاح بأنه كل أداة من شأنها لو استعملت أن تمس سلامة الجسم. وتنقسم الأسلحة وفقا لقانون الأسلحة والذخائر رقم ٣٩٤ لسنة ١٩٥٤ وتعديلاته إلي ثلاثة أنواع وهي:ـــ

(١) السلاح بطبيعته

السلاح بطبيعته هو كل أداة أعدت في الأصل للفتك بالأنفس أو للإيذاء البدني وليس لها استعمال آخر، وذلك كالأسلحة النارية المنصوص عليها في الجدول الثاني والجدول الثالث وبعض الأسلحة البيضاء المنصوص عليها في الجدول الأول وذلك كالخناجر والرماح والملكمة الحديدية (البونية) والسكين ذات الحدين والخشت أو القضبان المدببة أو المصقولة التي تثبت بالعصي والدبوس (عصي تنتهي بكرة ذات أشواك). عرفت محكمة النقض السلاح بطبيعته في نقض ١٩٤٣/٣/٨ بمجموعة القواعد القانونية ج ٦ رقم ١٣٦ بأنه (ولما كانت الأسلحة على نوعين: أسلحة بطبيعتها وهي المعدة للقتل ويدل حملها بذاته على أن هذا هو المقصود منها كالبنادق والحراب والسيوف والملاكم الحديدية وغيرها مما هو معاقب على إحرازه وحمله بمقتضى القانون رقم ٨ لسنة ١٩١٧ ....). ثم عدلت محكمة النقض هذا التعريف من كون السلاح معدا للقتل إلي التعريف الأشمل وهو كل سلاح معدا للاعتداء على النفس وذلك في نقض ١٩٧٢/٥/٨ بمجموعة أحكام محكمة النقض س ٢١ رقم ١٥٢ حيث ذكرت أن السلاح بطبيعته هو (السلاح المعد للاعتداء على النفس، وعندئذ لا يفسر حمله إلا بأنه لاستخدامه في هذا الغرض).

(٢) السلاح بالتخصيص

السلاح بالتخصيص هو أداة أعدت في الأصل لاستخدامها في أغراض الحياة العادية، ولكنها قد تستعمل في الاعتداء علي الغير وذلك كالسكين العادية والعصي الخفيفة والفئوس والبلط.

(ج) السلاح حكماً

السلاح حكما هو ذلك الذي لا يؤدي بذاته إلي إلحاق الأذى بالغير ولا يحدث القتل أو الإصابة، وذلك كأجزاء الأسلحة النارية الرئيسية المبينة بالجدول رقم ٤ من قانون الأسلحة والذخائر أو كاتمات الصوت والتلسكوبات التي تركب علي الأسلحة.

ألحق المشرع بقانون الأسلحة والذخائر أربعة جداول ضمنها الأسلحة النارية والأسلحة البيضاء، وكان الجدول الأول خاصا بالأسلحة البيضاء التي لا يجوز حيازتها سواء بصفة مطلقة، أو تلك التي يجوز حيازتها أو إحرازها بعد الترخيص من وزير الداخلية أو من ينيبه.

الجدول الأول: بيان الأسلحة البيضاء

١- السيوف والشيش (عدا سيوف الكسوة الرسمية وشيش المبارزة).
٢- السونكات.
٣- الخناجر.
٤- الرماح.
٥- السكاكين ذات الحدين والحد ونصف.
٦- نصال الرماح.
٧- النبال وأنصالها.
٨- عصا الشيش.
٩- الخشت أو القضبان المدببة أو المصقولة التي تثبت بالعصي والدبوس (عصي تنتهي بكرة ذات أشواك).

١٠- المطاوي قرن الغزال.

١١- البلط والسكــاكين والجنازير والسنج وأي أداة أخري تستخدم في الاعتداء علي الأشخاص كالروادع الشخصية وعصي الصدمات دون أن يوجد لإحرازها أو حملها مسوغ من الضرورة الشخصية أو الحرفية.

١٢- الملكمة الحديدية (البونية).

هذه الأسلحة البيضاء الواردة في الجدول رقم (١) تنقسم إلي نوعين:

(أ) أسلحة بيضاء لا يجوز حيازتها أو إحرازها إلا بعد الترخيص بحيازتها:

أي إن حيازة هذه الأسلحة بدون ترخيص يشكل جريمة أيا كــان الباعــث عليها، ولذلك صدر نقض ٢٠/١٠/١٩٨٨م بالطعن رقم ٤٥٠٨ سنة ٥٧ قضائية بأن (جريمة حيازة أو إحراز الأسلحة البيضاء عدا الــبلط والســكاكين يكفــي لتحققها مجرد الحيازة المادية للسلاح أيا كان الباعث عليها).

(ب) أسلحة بيضاء منصوص عليها في البند الحادي عشر من الجدول رقم (١):

هذه الأسلحة تشمل البلط والسكاكين والجنــازير والســنج وأي أداة أخــرى تستخدم في الاعتداء علي الأشخاص كالروادع الشخصية وعصي الصدمات دون أن يوجد لإحرازها أو حملها مسوغ من الضرورة الشخصية أو الحرفية.

يلاحظ هنا توسع المشرع في عبارة (وأي أداة أخرى) ويترك للقاضي تقدير ماهية الأدوات التي تستخدم في الاعتداء علي الأشخاص.

الضرورة الشخصية يقصد بها كل ما تقتضــيه ظــروف الإنســان لحمــل واستعمال هذه الأدوات سواء لاستخدامها في المنازل أو في أي مكان آخر وذلك كالسكين أو غيرها، يستوي في ذلك أن تكون مصنوعة من الخشب أو الحديد أو أي مادة أخري، ولا يمكن حصر هذه المواد لتعددها وتطورها. أما الضــرورة الحرفية فيقصد كل ما يلزم للحرفي حمله أو إحرازه من مواد لتساعده علي أداء أعماله الحرفية كالسكين بالنسبة للقصاب، أو البلطة بالنسبة لقاطع الأخشاب.

جريمة حيازة وإحراز السلاح الأبيض

تنص المادة ٢٥ مكرر المضافة لقانون الأسلحة والذخائر بالقانون رقم ١٦٥ لسنة ١٩٨١ على (يعاقب بالحبس مدة لا تقل عن شهر وبغرامة لا تقل عن خمسين جنيها ولا تزيد على خمسمائة جنيها كل من حاز أو أحرز بغير ترخيص سلاحا من الأسلحة المبينة بالجدول رقم ١.

وتكون العقوبة الحبس لمدة لا تقل عن شهرين وغرامة لا تقل عن مائة جنيه ولا تزيد على ألف جنيه إذا كانت حيازة أو إحراز تلك الأسلحة في أماكن التجمعات أو وسائل النقل أو أماكن العبادة).

الركن المادي لهذه الجريمة يقوم على سلوك إيجابي للجاني وهو حيازة أو إحراز سلاح من الأسلحة البيضاء المبينة في الجدول رقم ١.

الحيازة هي السيطرة الفعلية للشخص على شيء يجوز التعامل فيه، وقد تكون حيازة حقيقية (كاملة) أو حيازة عرضية (ناقصة). الحيازة الحقيقية (الكاملة) تقوم على عنصر مادي وهو سيطرة الشخص على الشيء باعتباره مالكا له أو مدعيا ملكيته، وعلى عنصر معنوي وهو إرادة السيطرة على الشيء (أي إتيان أفعال تتمثل فيها مظاهر السيطرة على الشيء). أما الحيازة العرضية (الناقصة) فتقوم على عنصر مادي وهو توافر بعض السلطات المحدودة على الشيء، وعلى عنصر معنوي وهو اعتراف الحائز بحق الغير على الشيء والتزامه بأن يرده إليه أو يستعمله على النحو المحدد له.

من تطبيقات الحيازة في أحكام محكمة النقض ما جاء بنقض ١٩٦٥/٣/٢ بمجموعة أحكام محكمة النقض س ١٧ رقم ٤٣ الذي جاء به (إذ دان الحكم المطعون فيه الطاعن الأول أخذا باعترافه بحيازة الطبنجة المضبوطة وأنها كانت بمسكنه، وأدان الطاعنة الثانية أخذا بما ثبت في حقها من أنها استولت استيلاء ماديا على الكيس الذي كان يحوي الطبنجة المذكورة وسلمته إلي المتهم الثالث يكون متفقا مع صحيح القانون). وكذلك نقض ١٩٦٥/٣/٩ بمجموعة

أحكام محكمة النقض س ١٦ الذي جاء به (إذا كان الثابت مما أورده الحكم المطعون فيه أن البندقية والذخيرة قد ضبطت مع المطعون ضده دون أن يكون مرخصا له بحيازتها أو إحرازها، وأن الترخيص الصادر إليه خاص بسلاح آخر فإن مؤدى ذلك أن حيازته لهذه البندقية كانت بغير ترخيص يسوغها وتكون جريمته حيازته سلاحا ناريا بغير ترخيص قائمة قانونا مستوجبة مساءلته عنها). أيضا نقض ١٩٨٣/١/٢٥ بمجموعة أحكام محكمة النقض س ٣٤ رقم ٣٠ الذي جاء به (لما كان ما أورده الحكم من اعتراف الطاعن الثاني أن السلاح المضبوط والذخيرة ملك له، فإن ذلك مما يتوافر به معنى الحيازة، ذلك أنه يكفى في توافر الحيازة أن يكون سلطان المتهم مبسوطا على الشيء ولو لم يكن في حيازته المادية).

الإحراز يعني أن يكون الشيء موجودا بين يدي الشخص دون أن تكون له أية سلطات عليه سواء لحسابه الشخصي أو لحساب غيره، وبالتالي فإن الإحراز لا يتوافر له أي عنصر من عناصر الحيازة سواء المادي أو المعنوي. وفقا لقانون الأسلحة والذخائر فإن الإحراز يعني مجرد الاستيلاء على السلاح أيا كان الباعث، ولو كان لأمر عارض.

من تطبيقات الإحراز نقض ١٩٦٤/١١/٣٠ بمجموعة أحكام محكمة النقض س ١٥ الذي جاء به (إذا كان الثابت مما أورده الحكم المطعون فيه أن الطاعن حصل على البندقية موضوع التهمة من أحد الأشخاص وأطلق منها عيارا في حفل العرس دون أن يكون مرخصا له بحيازتها فإن جريمة إحراز هذا السلاح الناري بغير ترخيص تكون قائمة قانونا مستوجبة مساءلته عنها). كذلك نقض ١٩٨٢/٣/١٦ بمجموعة أحكام محكمة النقض س ٣٣ رقم ٧٥ (حتى مع ما تزعمه الطاعنة في طعنها من أنها كانت تحتفظ بالسلاح الناري والذخيرة لديها كأمانة، فإن جريمة إحراز السلاح الناري والذخيرة بغير ترخيص تكون متوافرة في حقها). أيضا نقض ١٩٨٣/١/٢٥ بمجموعة أحكام محكمة النقض س ٣٤

رقم ٣٠ الذي جاء به (جريمة إحراز السلاح بدون ترخيص تتم بمجرد انتهاء مفعول الترخيص وعدم تجديده في الموعد المقرر ولو اتخذ المتهم بعد ذلك لدى جهة الإدارة الإجراءات اللازمة لإصدار رخصة جديدة).

جريمة حيازة أو إحراز الأسلحة جريمة مستمرة، وهذا ما أكد عليه نقض ١٩٦٩/٣/٣١ بمجموعة أحكام محكمة النقض س ٢٠ رقم ٨٧ الذي جاء به (تظل الجريمة مستمرة طالما أن حالة الاستمرار في حيازة السلاح أو الذخيرة قائمة وطالما بقيت إرادة الجاني تتدخل في استمرار الحيازة أو الإحراز).

لا يشترط لوقوع جريمة حيازة أو إحراز الأسلحة ضبط السلاح الأبيض، فالضبط ليس ركنا لازما لتوافر جريمة الحيازة أو الإحراز، بل يكفي لإثبات الركن المادي أن يثبت بأي دليل أنه قد وقع فعلا ولو لم يضبط السلاح الأبيض. هذا ما أكده نقض ١٩٥٢/١/١٤ بمجموعة أحكام محكمة النقض س٣ رقم ١٥٧ الذي جاء به (للمحكمة كامل الحرية أن تستمد اقتناعها من أي دليل تطمئن إليه، فإذا هي أقامت قضاءها بثبوت هذه الجريمة على ما استخلصته واطمأنت إليه من شهادة الشهود فلا تكون قد خالفت القانون في شيء، ولا يمنع من المساءلة واستحقاق العقاب عدم ضبط السلاح وأنه من النوع المعين بالقانون).

الركن المعنوي لجريمة الحيازة والإحراز هو القصد الجنائي الذي يقوم على عنصري العلم والإرادة. يقصد **بالعلم** هنا هو علم الجاني بطبيعة السلاح الأبيض الذي يحوزه أو يحرزه، وليس المقصود به علمه بإدراج السلاح ضمن جداول الأسلحة والذخائر لأنه علم مفترض باعتباره علم بالقانون. لمحكمة الموضوع استخلاص القصد الجنائي على أي نحو تراه، ولكن إذا دفع المتهم بانتفاء علمه فيجب على المحكمة أن ترد على هذا الدفع بأسباب سائغة من أوراق الدعوى خاصة إذا كان في ظروف الدعوى ما يسمح باحتمال انتفاء العلم. أما عنصر الإرادة في جريمة الحيازة والإحراز فيقصد به أن تتجه إرادة الجاني المميزة والمختارة صوب ارتكاب الفعل المكون للجريمة. تطبيقا لذلك فقد جاء بنقض

٢٠/١٠/١٩٨٨ بالطعن رقم ٤٥٠٨ سنة ٥٧ قضائية بأن (جريمة حيازة أو إحراز الأسلحة البيضاء عدا البلط والسكاكين يكفي لتحققها مجرد الحيازة المادية للسلاح أيا كان الباعث عليها).

المقصود **بأماكن التجمعات** هي تلك الأماكن التي يجتمع بها عدد من الأشخاص لا تربط بينهم صلة خاصة، وليس هناك معيار خاص في اختيارهم، وإنما جمعتهم عوامل عارضة تختلف من شخص لآخر. على ذلك فإن تجمع عدد من الأصدقاء في سهرة خاصة لا يحقق الظرف المشدد، وقاضي الموضوع هو المنوط به تحديد ما إذا كان المكان الموجود به الأشخاص هو من أماكن التجمعات من عدمه من خلال ظروف الدعوى. تنقسم أماكن التجمعات إلي نوعين وهما: أماكن تجمعات بطبيعتها كالمدارس والجامعات والأسواق وسرادقات العزاء والأفراح، وأماكن تجمعات بالصدفة كتجمع الناس في مكان شب فيه حريق لإنقاذ المتواجدين داخله والتجمعات الاحتجاجية على أمر معين اتخذته السلطات العامة. يطبق الظرف المشدد على من يحوز أو يحرز سلاح أبيض في هذين النوعين من هذه الأماكن (أماكن تجمعات بطبيعتها أو بالصدفة).

المقصود **بوسائل النقل** لتطبيق الظرف المشدد هو كل ما تعارف الناس على استخدامه في التنقل من مكان لآخر، ويستوي في ذلك أن تكون الوسيلة برية أو مائية أو جوية، وكذلك يستوي في ذلك صفة القائم على تشغيل هذه الوسيلة سواء كانت الدولة أو القطاع الخاص، وأيضا يستوي أن تكون هذه الوسيلة داخل المدن أو القرى أو بين المدن والقرى.

المقصود **بأماكن العبادة** لتطبيق الظرف المشدد هو كل مكان مخصص لإقامة شعائر دين من الأديان، ولا يشترط اعتراف الدولة صراحة بهذا الدين ولكن يكفي ألا تنكره. كذلك لا يشترط أن يكون مكان العبادة عاما كالمسجد والكنيسة، ولكن ينطبق أيضا على الأماكن المقتصرة على بعض الفئات كمصلى في مدرسة أو مستشفى أو دير.

يمكن تقسيم الجروح الناتجة عن إصابات الأسلحة الحادة إلي أربعة أنواع:ــ

* الجروح الطعنية.
* الجروح القطعية.
* الجروح القطعية الرضية.
* الجروح التشخيصية والعلاجية.

أولا:ــ الجروح الطعنية

الإصابات الطعنية هي من أكثر الإصابات الجنائية مشاهدة سواء في الحوادث التي تقع بالشارع أو بالحوادث المنزلية، وهي من أكثر أسباب الوفيات علي مستوى العالم.

الجروح الطعنية هي الجروح التي تحدث من الطعن بآلة حادة مدببة الطرف مثل السكين أو المطواة. معظم الجروح الطعنية (شكل ٤٠) تحدث بسكين مطبخ عادي أو مطواة قرن غزال مع حافة واحدة حادة والأخرى غير حادة ونصل طوله يتراوح ما بين ١٠ – ١٣ سنتيمتر تقريبا، لكن هذا لا يمنع من حدوث الجروح الطعنية من المفك والمقص والأزميل والزجاج المكسور والبورسلين والخزف الصيني والأكواب والفناجين المكسورة وموس الحلاقة والقلم الرصاص أو الجاف، ومن الآلات الزراعية مثل المنجل والمجز وسكاكين القش وغيرها. هذه الجروح الطعنية تتميز بالآتي:ــ

(١) حادة الحواف، وعادة تكون غير مصحوبة بأي سحجات أو كدمات إلا عندما يرتطم الوجه الواقي للسكين بالجلد. لذلك لا يصح ذكر كلمة تمزق في وصفها لأن التمزقات تحدث بجسم راض.

(٢) عمق الجرح داخل الجسم أكبر من طوله علي الجلد.

(٣) معظمها يحدث بطريقة جنائية.

(٤) الجرح يكون له زاويتين حادتين (كل زاوية منها علي شكل حرف V) إذا حدث من نصل ذو حدين. أما إذا حدث الطعن من نصل ذو حافة حادة واحدة



شكل (٣٣)
كدمات بالقدم نتيجة الضرب بالعصا



شكل (٣٤)
كدمات بالقدمين نتيجة الضرب بالفلقة



شكل (٣٥)
سحجات بباطن القدم نتيجة الضرب بالفلقة



شكل (٣٦)
أسوداد الأصابع ناتجة عن نقص التروية الدموية بسبب الضرب بالفلقة



شكل (٣٧)
أثرة التئام تامة التكوين



شكل (٣٨)
أثر التئام خطية الشكل



شكل (٣٩)
أثر التئام محاطة بآثار لغرز جراحية



شكل (٤٠)
إصابات طعنية متعددة

فإن الحافة الحادة تجعل زاوية الجرح حادة علي شكل حرف V والحافة غير الحادة تجعل زاوية الجرح الأخرى غير حادة (دائرية أو مربعة الشكل).

(٥) قد يكون محاط بتكدم الوجه الواقي للسكين أو المطواة إذا دخلت الجسم مندفعة بقوة بطول نصلها بحيث يصطدم الوجه الواقي بالجسم بشدة.

في حالات الإصابات الطعنية دائما تطرأ بعض الأسئلة من بعض المحققين، منها علي سبيل المثال:ـ

(١) هل يمكن تحديد عرض نصل الأداة المستخدمة من خلال قياس طول الجرح الطعني بالجلد؟.

الأسلحة الحادة تكون متدرجة العرض حيث يزيد عرضها كلما ابتعدنا عن طرف نصله. هذا يفترض إنه إذا نفذ إلي داخل الجسم ٧ سم من النصل فإن الجرح الطعني سيكون أطول على الجلد من نفاذ ٤ سم فقط من النصل. بالرغم من كون ذلك صحيحا من الناحية النظرية إلا إنه عمليا يمثل اعتقاد خاطئ، لأن طول الجرح الطعني بالجلد قد يكون مساو أو أقل أو أكبر من عرض نصل السكين المستخدم للأسباب التالية:ـ

(أ) بعد خروج السكين من الجرح تتغير أبعاد الجرح بالجلد قليلا عن العرض الحقيقي للنصل سواء بالنقصان بسبب مرونة الجلد وانقباض العضلات أو بالزيادة بسبب ارتخاء الجلد (التغير يكون في حدود ١ – ٢ مللي متر).

(ب) قد يزيد طول الجرح أثناء خروج السكين من الجرح بسبب:ـ

* تحريك الجاني للسكين داخل جسم المجني عليه.
* تحرك المجني عليه أثناء خروج السكين من جسده.

(ج) اختلاف عرض نصل السكين من موضع لآخر، عادة يبدأ السكين بطرف مدبب رفيع ثم يزيد عرض النصل تدريجيا كلما اقتربنا من مقبض السلاح ليصل مداه عند نقطة اتصال النصل بالمقبض. بالتالي منطقيا كلما زاد عمق الجرح الطعني في الجسم زاد طوله علي الجلد.

يلزم التنويه هنا إلي ضرورة قياس طول الجرح على الجلد إلي أقرب مليمتر. في معظم الإصابات الطعنية تكون هناك فجوة كبيرة بين حافتي الجرح في منتصفه، وهذا يتطلب تقريب حواف الجرح على بعضها بلطف وقياس الجرح مرة أخرى على هذه الوضعية. هذا سيؤدي إلي زيادة طول الجرح قليلا ولكن هذا القياس بالتقريب هو الأقرب للطول الحقيقي للجرح.

(٢) هل يمكن تحديد طول نصل السكين المستخدم من عمق الجرح؟.

عمق الجرح الطعني داخل الجسم قد يكون مساويا أو أقصر أو حتى أطول من طول نصل السكين المستخدم. إذا كانت الضربة الطعنية ضعيفة بحيث لم يصل النصل إلي آخر مداه فإن عمق الجرح الطعني سيكون أقصر من طول النصل. أما إذا كانت الضربة الطعنية قوية فيدخل نصل الأداة المستخدمة بكامل طوله للجسم مندفعا بقوة بحيث يصطدم الوجه الواقي بالجلد بشدة محدثا كدم أو سحج من الوجه الواقي للسكين أو المطواة حول حافتي الجرح الطعني. هناك اعتقاد خاطئ بأنه في حالة وجود كدم أو سحج من الوجه الواقي للسكين حول الجرح الطعني فإنه يمكننا تحديد طول النصل علي اعتبار أن النصل دخل بطوله وبالتالي يمكن من خلال قياس عمق الجرح الطعني بالجسم معرفة طول نصل الأداة المستخدمة. هذا اعتقاد خاطئ بسبب:ـ

(أ) إذا دخلت الأداة المستخدمة داخل جسم المجني عليه (خاصة البطن وإلي حد ما الصدر) حتى المقبض فإن عمق الجرح غالبا يكون أطول من طول نصل الأداة المستخدمة لأن ضغط الأداة المستخدمة نتيجة اندفاعها بقوة يدفع جدار البطن الأمامي (أو حتى جدار الصدر) للخلف فتقل المسافة بين جداري البطن والصدر الأمامية والخلفية.

(ب) تحدث الإصابة غالبا في الوضع واقفا، بينما يتم تشريح جثة المجني عليه في الوضع راقدا وهذا يؤدي إلي أن تقل المسافات بين الأحشاء الداخلية وجدار البطن الأمامي (أو جدار الصدر) عند إجراء التشريح.

(ج) عدم معرفة ما إذا كان المجني عليه قد تلقي الطعنة أثناء الشهيق أم أثناء الزفير حيث تزيد المسافة بين جداري البطن والصدر وبين الأحشاء البطنية والصدرية في حالة الشهيق عنها في حالة الزفير.

(٣) هل يمكن تحديد القوة المستخدمة في إحداث الجرح؟

القوة المطلوبة لاختراق نصل الأداة المستخدمة للجلد تعتمد علي شدة الضربة، وعلي شكل الأداة، وعلي حدة طرف الأداة. فكلما زادت حدة طرف الأداة كلما زادت قدرتها على الاختراق. بمجرد اختراق طرف الأداة فإن باقي النصل سوف ينزلق لداخل الجسم بسهولة ويستطيع أن يخترق الأحشاء الداخلية بقوة بسيطة جدا ما لم يصطدم بالعظام.

يختلف عمق الجرح الطعني الذي يهدد حياة المجني عليه بالخطر أو يودي بحياته من موضع لآخر بالجسم تبعا لعمق العضو أو الوعاء الدموي المصاب. حدد العالم كونور وآخرين Connor et al المسافات بين الجلد وبين الأعضاء الداخلية الهامة كالتالي:ــ

العضو	أقل مسافة بالمللي	أكبر مسافة بالمللي	المتوسط بالمللي
البلورا	١٠	٤٨	٢٢
غشاء التامور	١٥	٤٥	٣١
الكبد	٩	٣٦	١٩
الطحال	١٢	٣٩	٢٣
الكلي	١٩	٧٩	٣٧
الأورطى الصدري	٣١	٩٣	٦٤
الأورطى البطني	٦٥	١٠٢	٨٧
الشريان الفخذي	١٣	٢٥	١٨

لاحظ هؤلاء العلماء أنه لا يوجد فروق ظاهرة بين الذكور والإناث في هذه المسافات.

على أية حال فإن تقييم القوة المستخدمة في إحداث الجرح عملية تقديرية ولا يمكن قياسها. كل ما يمكن قوله للرد على أسئلة المحقق في هذا الشأن هو كون القوة المستخدمة بسيطة أو متوسطة أو شديدة. القوة الشديدة يمكن ذكرها فقط عندما تخترق السكين عظام سميكة مثل اختراق عظام الجمجمة أو مشاهدة انطباع الوجه الواقي للسلاح علي الجلد. أجرى مجموعة من العلماء تجارب على الجثث والحيوانات بتوصيل السكين بجهاز لقياس القوة الميكانيكية dynamometer أو محول للطاقة transducer لتسجيل القوة الناتجة عن الطعن أثناء الاختراق، وأظهرت النتائج التالية:ـ

(١) بعيدا عن العظام والغضاريف المتكلسة، فإن أعلى نسيج مقاوم لاختراق السكين كان الجلد ثم العضلات.

(٢) أهم عامل يؤثر على اختراق الجلد هو درجة حدة طرف السكين المخترق. أما الحافة الحادة القاطعة من نصل السكين فهو عامل أقل أهمية من حدة طرف السكين للاختراق.

(٣) سرعة اختراق السكين عامل مهم أيضا في إحداث الاختراق، وذلك طبقا للقوانين الفيزيائية التي تنص على:ـ

القوة = ½ الكتلة × مربع السرعة

(٤) اختراق الجلد المشدود أسهل بكثير من اختراق الجلد المرتخي، ولذلك يسهل اختراق جدار الصدر لكون الجلد مشدودا بعظام القفص الصدري.

(٥) سمك الجلد ليس عاملا مؤثرا في اختراق السكين، لذلك فإن القوة المطلوبة لاختراق جلد باطن القدم أو راحة اليد لا تختلف كثيرا عن القوة المطلوبة لاختراق الجلد بباقي أجزاء الجسم. كذلك فإن اختراق السكين لجلد المسنين والنساء لا يختلف عن اختراقها لجلد الشباب أو الرجال.

(٦) عند ارتطام طرف السكين بالجلد فإن الجلد ينخسف للداخل ويقاوم الاختراق حتى لحظة معينة يحدث فيها الاختراق فجأة عند زيادة القوة الواقعة على الجلد

عن مقاومة الجلد. في هذه اللحظة تخترق السكين طبقة ما تحت الجلد بمنتهى السهولة دون قوة زائدة ما لم يعوقها عظام أو غضروف متكلس. أي إن السكين بمجرد اختراقها للجلد لا تحتاج لمجهود زائد من الجاني لدفع السكين داخل الجسم حيث تندفع ذاتيا بقوة اختراقها للجلد ويصعب أو يستحيل منع النصل من التعمق في الجرح.

(٧) إذا اخترقت السكين الجلد بسرعة مثل حالات سقوط الجسم على نصل السكين أو الجري على النصل، فإن النصل لا تحتاج للتثبيت جيدا حتى لا تقع بعيدا عن الجسم حيث إن القصور الذاتي (إذا كان طرف النصل حاد) كاف تماما لتثبيت السكين في موضعها داخل الجسم.

(٨) الغضاريف غير المتكلسة (خاصة غضاريف الأضلاع للأطفال والمراهقين) يسهل اختراقها بالسكين، ولكنها بالتأكيد تحتاج لقوة أكبر عن تلك الضربات التي تنفذ للصدر باختراق العضلات الواقعة بالمسافات بين الأضلاع فقط دون اختراقها للغضاريف.

(٩) غضاريف الأضلاع المتكلسة والعظام هي الأكثر مقاومة في كل أنسجة الجسم لاختراق السكين، ولكن هذا لا يمنع من اختراق الضربة القوية لسكين ذو طرف ونصل حاد لعظام الأضلاع والقص واللوح والجمجمة.

أيضا قام مجموعة من العلماء **O'Callaghan et al** بدراسة القـوة المطلوبـة لاختراق الأنسجة المختلفة بعد تطبيق ذلك على الجثث وعلى الأطراف المبتورة والأعضاء المستأصلة. كانت نتائج العلماء كالتالي:ـ

* القوة المطلوبة لاختراق الجلد وطبقة الدهون تحت الجلد والعضـلات كانـت ٤٩.٥ نيوتن (Ib١١.١).
* القوة المطلوبة لاختراق الدهون تحت الجلد والعضلات كانت ٣٥ نيوتن (٧.٨ Ib).
* القوة المطلوبة لاختراق الجلد العضلات فقط كانت ٣٧.٥ نيوتن (٨.٤ Ib).

<u>شكل الجرح الطعني</u>

أبعاد وشكل الجرح الطعني بالجلد تعتمد علي:ـ

* طبيعة السكين والنصل.
* اتجاه الإصابة.
* حركة النصل في الجرح.
* تحرك المجني عليه المصاب.
* طبيعة الجلد المصاب من حيث المرونة والارتخاء.

<u>(١) طبيعة السكين والنصل</u>

تتكون السكين العادية من:ـ

* المقبض.
* الوجه الواقي.
* نصل له نهاية مدببة، وحافة حادة، وحافة غير حادة.
* جزء معدني صغير طوله حوالي ١ سنتيمتر يفصل ما بين الحافـة الحادة للنصل والوجه الواقي **Ricasso** وهو ذو حافتين غير حادتين (هذا الجزء موجودا في بعض السكاكين دون الأخرى).

أبعاد وشكل الجرح الطعني تعتمد علي جزء السكين الذي اختــرق الجلــد، وهذا يعطينا الاحتمالات التالية:ـــ

(أ) إذا اخترقت السكين الجلد حتى الجزء غير الحاد الموجود قبل الوجه الواقي، فإن زاويتي الجرح الناتج تكون غير حادة (دائرية أو مربعة تقريبا).

(ب) إذا اخترقت السكين الجلد بقوة شديدة فإن الوجه الواقي ترتطم بالجلد فيطبع شكله علي الجلد علي هيئة كدم أو كدم متسحج. هذا الكدم الانطباعي قد يكــون متماثل على حافتي الجلد إذا ارتطمت السكين علي الجلد بزاوية قائمة. أمــا إذا ارتطمت السكين بالجلد بزاوية مائلة لأسفل فإن هذا الكدم الانطباعي يظهر أعلى الجرح الطعني، وإذا ارتطمت السكين بزاوية مائلة لأعلى فإن الكدم الانطباعي للوجه الواقي يظهر أسفل الجرح الطعني. فإذا شاهدنا الكدم الانطباعي مع جرح ذو زاويتين غير حادتين دل ذلك على أن هذه السكين بها الجزء المعدني غيــر الحاد الذي يفصل بين النصل والوجه الواقي.

(ج) استخدام سلاح ذو حافتين حادتين يعطي جرح ذو زاويتين حــادتين كــلا منهما على شكل حرف V. أما في حالة استخدام سلاح ذو حافة حادة واحدة ينتج عنه جرح له زاوية حادة وأخرى دائرية أو مربعة أو شكل ذيل السمكة. لكــن أحيانا تبدو الجروح الطعنية التي حدثت بسلاح ذو حافة حادة واحدة بــزاويتين حادتين كما لو كان الجرح قد حدث بسلاح ذو حافتين حادتين، وذلك قد يفســر بجذب السكين في الجرح لأسفل بمجرد اختراقه للجلد وبالتالي لا تتلامس الحافة غير الحادة (الكليلة) للسلاح مع الجلد فلا تترك أثرها. لذلك، عمليا يجب عــدم الجزم بكون السلاح المستخدم بحافتين حادتين من مجرد مشاهدة جرح طعنــي بزاويتين حادتين بالجسد. أما في حالة مشاهدة إحــدى زوايــا الجــرح حــادة والأخرى دائرية أو مربعة أو شكل ذيل السمكة فلا يوجد ما يمنع من الجزم بأن نصل السلاح ذو حافة حادة واحدة.

(٢) اتجاه الإصابة

هناك خطوط بالجلد تسمى خطوط لانجر Langer's lines وهي عبارة عن ألياف مرنة تقع بطبقة أدمة الجلد. إذا عبر نصل السكين هذه الخطوط (أي يكون متعامدا عليها) فإنه يقطع هذه الألياف وتنفصل حافتي الجرح عن بعضها محدثة اتساعا بالجرح. أما إذا وقعت الضربة موازية لهذه الخطوط فلن تقطعها وبالتالي سيكون الجرح ضيقا. أما إذا وقعت السكين مائلة الوضع علي هذه الألياف فإن الجرح سيكون متوسطا في الاتساع ويصبح شبه دائري.

(٣) تحرك المجني عليه أو تحريك النصل في الجرح

إذا تحرك المجني عليه أثناء إخراج الجاني للسكين من جسده أو إذا قام الجاني بتحريك السكين حركة دائرية في جسد المجني عليه فإن الجرح الطعني يكون علي شكل حرف Y أو حرف L حيث يكون هناك مسار ابتدائي للطعنة وهو بداية الجرح ومسار ثانوي عند خروج السكين. إن تحرك المجني عليه عند إخراج الجاني للسكين من جسده هو أحد أهم أسباب كبر الجرح الطعني وعدم انتظام شكله.

(٤) طبيعة الجلد المصاب بالطعنة من حيث المرونة والارتخاء

إذا كان الجلد المصاب بالطعنة مشدودا فإن الجرح الطعني يكون طويلا ورفيعا. أما إذا كان الجلد مرتخيا فإن الجرح سيكون قصيرا وعريضا.

<u>تحديد اتجاه الإصابة الطعنية وعلاقة الجاني بالمجني عليه</u>

من أكثر الأسئلة ورودا للطبيب الشرعي هو طلب تحديد اتجاه الإصابة وموقف الضارب من المضروب. لكن يجب على الطبيب الشرعي ألا يخوض في ذلك حتى لا يخطئ وذلك للأسباب التالية:ـ

(١) نظرا لأن معظم حالات الإصابات الطعنية هي حالات مشاجرات وكر وفر فإن وضعية الجاني والمجني عليه في حالة تحرك مستمر وليست وضعية ثبات.

(٢) إمكانية تعديل الجاني ليده التي تحمل السكين في أي اتجاه، وبالتالي يستطيع أن يقف خلف المجني عليه ويطعنه في صدره، ولذلك لا يجب القول بأن الجاني كان في مواجهة المجني عليه بمجرد مشاهدة الجرح بالصدر. كذلك يستطيع أن يكون في نفس مستوى المجني عليه ويوجه السكين لأعلى أو لأسفل، وفي هذه الأحوال لا يمكن القول بأن الجاني كان في مستوى منخفض أو أعلى من مستوى المجني عليه.

الإصابات الطعنية بأدوات غير السكين

الإصابات الطعنية يمكن أن تحدث بالمفك أو المقص أو عنق زجاجة مكسورة أو أكواب زجاجية مكسورة أو قطع السيراميك والخزف والمج والأطباق الصيني المكسورة أو القلم الرصاص أو الجاف وغيرها.

الطعن بالمقص أمر ليس نادرا ويحدث غالبا في الحوادث المنزلية حينما يستخدمه أحد الزوجين ضد الطرف الآخر. شكل الجرح الطعني الحادث بالمقص يعتمد على كون المقص مفتوحا أم مغلقا وقت الطعن. إذا حدث الطعن بالمقص المغلق فإنه يحتاج لقوة كبيرة لاختراق الجلد حيث يشق طرف المقص الجلد ولا يقطعه قطعا حادا، وبذلك يكون الجرح خطي متعرج علي شكل يقترب من شكل حرف Z ولكنه مسطحا ومتسحج الحواف.

أما إذا كان المقص مفتوحا فإنه يحدث جرحين مع كل طعنة إذا تم الطعن بالنصلين، أو يحدث جرح طعني واحد إذا تم الطعن بنصل واحد. كل جرح يكون مماثلا للإصابة الطعنية الحادثة من نصل السكين.

الطعن بالمفك يحدث جرح طعني مشقوق طوليا ذو زاويتين غير حادتين مع تسحج حوافه. هذا الجرح في بعض الأحيان يصعب تمييزه عن الضرب بالسكين التي تخترق بكامل طولها وترتطم بوجهها الواقي الجلد.

الطعن بعنق الزجاجة المكسورة يحدث مجموعة من الجروح الطعنية مختلفة الأشكال والأحجام والأعماق. حافة هذا الجرح تكون حادة ولكنها مسننة إلي حد

ما مع وجود بعض الاختلافات في عمق حواف الجرح وتفتت بعض قطع الزجاج الصغيرة في مسار الجرح. هذه القطع الزجاجية المفتتة داخل مسار الجرح تظهر بالفحص الشعاعي، وإهمال الأطباء المعالجين لاكتشاف ذلك بالفحص الشعاعي قد يعرضهم للمساءلة عن الإهمال الطبي إذا حدثت مضاعفات مستقبلية لعدم كشف هذا الفتات. معظم إصابات عنق الزجاجة المكسورة تحدث عادة بطريقة جنائية في البارات وغيرها، ولكنها نادرا جدا ما تحدث بطريقة انتحارية أو عرضية نتيجة السقوط العرضي على زجاجة مكسورة فتخترق الأجزاء السطحية نوعا ما مثل الأوعية الدموية بالعنق. تشير الإحصائيات البريطانية إلي إن حالات الاعتداءات بالزجاج المكسور تتراوح ما بين ٣٤٠٠ إلي ٥٤٠٠ حالة سنويا.

موضع الإصابة الطعنية

معظم الإصابات الطعنية الجنائية تقع بيسار الصدر. تفسير ذلك يرجع لكون معظم الجناة يمسكوا بالسكين باليد اليمنى وبالتالي فهي تواجه يسار المجني عليه، هذا بالإضافة لتعمد الجاني ضرب المجني عليه بيسار الصدر في الإصابات المراد فيها القتل نظرا للاعتقاد السائد لدى العامة بأن القلب يقع بيسار الصدر.

البطن تلي الصدر في الإصابات الجنائية. حوالي ثلثي الإصابات الطعنية للبطن هي التي تستطيع أن تخترق التجويف البطني، ونصف هذه الحالات المخترقة هي التي يكون بها إصابة هامة بالأحشاء الداخلية.

الإصابات الطعنية الجنائية للرأس والعنق أقل حدوثا من غيرها. الإصابات الطعنية للمخ ليست شائعة، وعادة تحدث من خلال العين أو المنطقة الصدغية بسبب ترقق سمك عظام الجمجمة في هذه المنطقة.

الإصابات الطعنية الجنائية للعمود الفقري ليست شائعة، وعادة يصاحبها كسر جزء من السكين داخل الفقرة. إصابة الحبل الشوكي قد ينتج عنها شلل جزئي أو شلل كامل تحت مستوى الإصابة.

الإصابات الطعنية الجنائية واردة الحدوث، وخاصة بالطرف السفلي حيث تصيب عادة الشريان أو الوريد الفخذي أو كليهما معا.

كيفية حدوث الإصابة الطعنية

معظم الإصابات الطعنية تحدث نتيجة اعتداءات جنائية حيث تشاهد عدة إصابات طعنية متفرقة في أنحاء كثيرة بالجسد ومعظمها يكون بالصدر والبطن، وبعضها يكون عميق والبعض الآخر سطحي، وتحدث الوفاة غالبا من جراء النزيف الدموي.

الانتحار بالسكين غير شائع، لكن إذا حدث فإن المنتحر يقوم بتعرية موضع الإصابة سواء عن طريق خلع الملابس عن الجزء الذي سيقوم بطعنه أو بفك الأزرار. يحدث الطعن في معظم هذه الحالات بمنتصف ويسار الصدر، وعادة تكون هذه الإصابات متعددة نظرا لفشل معظم الطعنات في اختراق الجسم حيث تمثل هذه الإصابات الطعنية السطحية الإصابات الترددية مع وجود إصابة واحدة نافذة إلي الأحشاء الداخلية أو إلي وعاء دموي رئيسي. قد تكون السكين مستقرة بالجرح أو بيد المنتحر، ولكنها غالبا تكون بجواره.

التعرف علي السلاح المستخدم

الجزم بالسلاح المستخدم من خلال فحص طول الجرح الطعني بالجلد أو عمق مسار الجرح الطعني أو فحص زاويتي الجرح أمر يصعب تحقيقه بسبب الاختلافات السابق ذكرها. لكن في أحيان نادرة قد يكسر جزء من طرف السلاح داخل مسار الجرح ويظهر بالفحص الشعاعي ثم يظهر أثناء إجراء الصفة التشريحية. تطابق هذا الجزء المعثور عليه في الجرح مع الجزء المفقود من السلاح يؤكد أنه هو السلاح المستخدم في الحادث.

كذلك في حالة وجود دم أو نسيج علي نصل السلاح فإنه يمكن من خلال استخلاص البصمة الوراثية للدم الموجود على النصل وتطابقها مع البصمة الوراثية لدم المجني عليه الجزم بكونها هي المستخدمة في إحداث إصابة المجني عليه. انقباض النسيج العضلي والنسيج المرن للأعضاء المصمتة وانقباض النسيج المرن للجلد على نصل السكين أثناء خروجها من الجسم ومسح النصل بملابس المجني عليه قد يظهر نصل السكين خالية من التلوثات الدموية بالعين المجردة، ولكن ذلك لا يمنع من أخذ مسحة من السكين وخاصة عند منطقة اتصال المقبض بالنصل أو عند الحافة (إذا كانت الحافة مسننة) وفحصها لاحتمالية وجود آثار دماء غير ظاهرة.

في أحيان نادرة قد يترك الجاني السكين داخل الجرح ويهرب إذا تم التضييق عليه من المحيطين وخشي الإمساك به فلم يستطيع استخلاص السكين من جسد المجني عليه والهرب بها. في هذه الحالة يفضل رفع البصمات عنها وهي في موضعها داخل الجرح، وإذا تعذر ذلك تسحب السكين بيد ترتدي قفازات من جانبي الوجه الواقي للسكين للحفاظ على بصمات أصابع الجاني المحتمل تواجدها ثم ترسل للأدلة الجنائية لرفع البصمات.

في أحوال نادرة أيضا قد يمسك المنتحر بمقبض السكين بيده بشدة نتيجة التوتر الرمي (يعني انقباض عضلي شديد في عضلات اليدين) الذي يحدث لحظة الوفاة ويؤكد على أن الشخص كان ممسكا بالسلاح قبل وفاته مما يؤكد واقعة الانتحار. لكن المعتاد في معظم حالات الانتحار تواجد السكين على مسافة قريبة جدا من المنتحر. عدم وجود السكين بجوار الجثة يشير إلي الفعل الجنائي ويستبعد الانتحار، لكن وجود السكين بجوار الجثة لا يؤكد بالضرورة انتحار الشخص فقد يعتدي الجاني علي المجني عليه بضربه بسكين ثم يترك السكين بجواره بعد تنظيف آثار بصماته ليضلل جهات التحقيق ويوهمهم بكون الحالة انتحارا وليست فعلا جنائيا.

عدم وجود دم على يد المنتحر بالسكين جائز في حالة الإصابة بالصدر أو البطن، ولكن في حالات الجرح القطعي الذبحي بالعنق لابد من وجود دماء على يد المنتحر نظرا لخروج الدم بغزارة في كل الاتجاهات.

ثانيا:ـ الجروح القطعية

الجرح القطعي (شكل ٤١) هو الجرح الذي يحدث نتيجة جر طرف الآلة الحادة علي سطح الجسم مثل السكين أو قطع الزجاج أو المعدن أو الموس وغيرها. الأدوات المستخدمة في إحداث الجرح الطعني هي ذاتها المستخدمة في إحداث الجرح القطعي، ولكن الفارق الوحيد هو طريقة استخدام الأداة حيث إن جر الأداة علي الجلد يترك جرحا قطعيا بينما الطعن بالأداة يترك جرحا طعنيا. هذه الطريقة في استخدام الأداة تجعل طول الجرح القطعي أكبر من عمقه، وعمق الجرح الطعني أكبر من طوله وهذا هو الأساس الجوهري الذي يبني عليه الطبيب الشرعي رأيه للتمييز بين الجرح القطعي والجرح الطعني. علي أية حال يطلق كثير من عامة الناس، بل وبعض الأطباء المعالجين لفظ الجرح القطعي علي أي تباعد بين الأنسجة سواء كانت حوافه حادة (أي جرح قطعي فعليا) أو حوافه متهتكة (أي جرح رضي) وهو ما يحدث تعارض شديد بين التقرير الطبي الابتدائي وبين تقرير الطب الشرعي وقد يضعف القضية في المحكمة. يتميز الجرح القطعي بالمميزات التالية:ـ

(١) حوافه حادة منتظمة، وغير محاطة بأي كدمات أو سحجات. علي أية حال، قد تحدث الأداة ذات الحافة الحادة غير المنتظمة مثل الزجاج أو البورسلين المكسور جرح قطعي حوافه حادة ولكنه ليس شديد الانتظام وبالتالي قد يشاهد سحج بسيط في نطاق ضيق جدا حول الجرح. عدم وجود أنسجة عابرة بين حافتي الجرح تمكننا من تشخيص الجرح القطعي بوضوح وتميزه عن الجرح الرضي. الأداة الراضة التي ترتطم بالجلد الذي يوجد أسفله عظام وخاصة فروة الرأس تشق الجلد شقاً نظيفا بحيث يبدو لغير الخبير حاد الحواف مثل الجروح

القطعية وذلك نظراً لقلة سمك فروة الرأس ومتانة وسماكة عظام الجمجمة. لكن الفحص الدقيق وخاصة باستخدام عدسة اليد المكبرة يمكننا من التشخيص الصحيح للجرح.

قد تتباعد أو تتقارب حواف الجرح القطعي تبعا لعلاقتها بخطوط لانجر **Langer's lines**، كما سبق ذكر ذلك في الجروح الطعنية. فإذا عبر نصل السكين هذه الخطوط (أي يكون متعامدا عليها) فإنه يقطع هذه الألياف وتنفصل حافتي الجرح عن بعضها محدثة اتساعا بالجرح. أما إذا وقعت الضربة موازية لهذه الخطوط فلن تقطعها وبالتالي تتقارب حواف الجرح ويكون ضيقا. أما إذا وقعت السكين مائلة الوضع علي هذه الألياف فإن الجرح سيكون متوسطا في الاتساع ويصبح شبه دائري.

في بعض الأحيان يحدث إمرار الأداة الحادة علي الجلد لمرة واحدة أكثر من جرح قطعي وذلك إذا كان الجلد به ثنايات وتعريجات، فنشاهد جرحين قطعيين أو أكثر على خط واحد بينهم مسافة من الجلد سليمة وخالية من الإصابات.

(٢) قاع الجرح القطعي يكون نظيفا، وخاليا من الأنسجة العابرة بين حافتي الجرح. لا يوجد شكل محدد لعمق الجرح القطعي. فمن الجائز أن يبدأ الجرح القطعي سطحيا ثم يزداد في العمق وفي نهايته يعود سطحيا مرة أخرى. ومن المحتمل أن يكون الجرح عميقا في بداية ونهاية الجرح وسطحيا في منتصفه. ومن الوارد أيضا أن يكون الجرح عميقا في بدايته ثم يصبح سطحيا بالتدرج حتى نهايته. وقد يشاهد ذيلا سطحيا في نهاية الجرح عند سحب السكين من الجرح سطحيا فوق الجلد.

(٤) كثرة النزف الخارج من الجرح القطعي مقارنة بالجرح الرضي.

(٥) الشعر يكون مقطوع قطع حاد (إذا حدث الجرح القطعي في منطقة بها شعر مثل فروة الرأس).

(٦) الملابس تكون مقطوعة قطع حاد.

(٧) طول الجرح القطعي أكبر من عمقه.

(٨) تلتئم التئام ابتدائي **primary intention** تاركة أثرة التئام خطية الشكل رفيعة.

هذه الجروح القطعية أقل خطورة بكثير من الجروح الطعنية نظـرا لعـدم نفاذها للأحشاء الداخلية حيث إن الطرفين العلويين والوجه هم أكثـر الأجـزاء تأثرا بالإصابات القطعية. لكن الجروح القطعية بالعنق هي أكثر الجروح القطعية خطورة على حياة المصاب نظرا لكون الأوعية الدموية الرئيسية أكثر سـطحية بالعنق عن غيرها من مواضع الجسم، وإصابة هذه الأوعيـة الدمويـة عـادة يصاحبه نزيف دموي غزير وقد يكون مميتا.

<u>الجروح القطعية الترددية</u>

الجروح القطعية الترددية هي الجروح التي يحدثها المنتحر برسغ يده (شكل ٤٢) في بداية محاولة الانتحار أثناء مرحلة تردده في الإقدام علـى الانتحـار. تشير الإحصائيات العالمية أن كل ٢٥ شخص يقدم على الانتحار يتراجع مـنهم ٢٤ شخص عن فكرة الانتحار بعد إحداث الجرح القطعـي التـرددي، بينمـا يستكمل شخص واحد طريق الانتحار باستخدام وسيلة أخرى قاتلة. هذه الجروح القطعية الترددية عادة تكون بالسطح الأمامي للرسغ باليد غير المستخدمة، وفي بعض الأحيان تكون بالرسغين. بعض المنتحرون يشاهد برسغهم آثـار نـدب ملتئمة قديمة خطية الشكل نتيجة محاولة انتحار سابقة أو أكثر.

<u>الجرح القطعي الذبحي بالعنق</u>

الجرح القطعي الذبحي بالعنق قد يكون جنائي أو انتحـاري أو عرضـي. الجرح القطعي الذبحي الانتحاري (شكل ٤٣) للمنتحر الذي يستخدم يده اليمنـى عادة يبدأ من يسار العنق فيؤدي لقطع الشريان السباتي محدثا نزيفا دمويا غزيرا وسريعا. هذا النزيف يندفع في مسرح الوفاة اندفاعا شديدا وتستمر يد المنتحـر في التحرك ليمين العنق حيث تعبر الخط المنصف للعنـق أعلـى الغضـاريف

الدرقية (تفاحة آدم) بمسافة صغيرة ثم تخور قواه فتسقط يده، وبالتالي يتميز الجرح القطعي الذبحي الانتحاري للمنتحر باليد اليمني بالمميزات الآتية:ـ

(١) طوله بيسار العنق أطول منه بيمين العنق. يقاس الجرح من الخط الرأسي المنصف للعنق إلي جهة اليسار، ومن الخط المنصف الرأسي للعنق إلي جهة اليمين. أما في حالة المنتحر الذي يستخدم يده اليسرى فإن طول الجرح بيمين العنق أطول منه بيسار العنق.

(٢) أحيانا تشاهد علامات ترددية حول الجرح القطعي الذبحي الانتحاري، وهي عبارة عن جروح قطعية سطحية جدا متعددة عادة يحدثها الشخص بنفسه في مرحلة التردد قبل أن يحزم أمره نهائيا ويحدث الجرح المميت. لكن يجب أن نتذكر أنه نادرا تكون بعض الجروح القطعية الذبحية الجنائية محاطة بجروح قطعية سطحية جدا نتيجة مقاومة المجني عليه أو تحركه مما يعوق السكين علي الوصول بسهولة للعنق واختراقها.

(٣) عادة لا يكون مصحوبا بأي مظاهر إصابية أخرى بأي موضع آخر بالجسد، ولكن أحيانا قد يصاحبه جرح ترددي برسغ يد أو بالرسغين.

الجرح القطعي الذبحي الجنائي (شكل ٤٤) ليس له موضع محدد، وليس له علاقة باليد التي يستخدمها المجني عليه فقد يكون بخلفية العنق أو بأمامية العنق أو بجانب العنق وقد يؤدي لفصل الرأس بالكامل عن الجسم. عادة يكون الجرح القطعي الذبحي الجنائي مصحوبا بإصابات جنائية أخرى معظمها علي هيئة جروح طعنية في مواضع متعددة من الجسم (شكل ٤٥)، ولا يصاحبه جروح ترددية سواء بالرسغ أو حول الجرح القطعي الذبحي ذاته.

الجرح القطعي الذبحي العرضي (شكل ٤٦) أمر وارد الحدوث في المصانع وغيرها عندما تطير صفيحة المنشار أو ما يماثلها وترتطم بالعنق محدثة الجرح القطعي الذبحي. هذا الجرح العرضي يكون وحيدا وغير مصحوب بأي علامات ترددية.



شكل (٤١)
جروح قطعية بفروة الرأس



شكل (٤٢)
جروح قطعية ترددية بالمعصمين



شكل (٤٣)
جرح قطعى ذبحي إنتحاري بالعنق



شكل (٤٤)
جرح قطعي ذبحي جنائي بالعنق



شكل (٤٥)
جرح قطعي ذبحي بالعنق
مع جروح طعنية بالصدر



شكل (٤٦)
جرح قطعى ذبحي عرضى



شكل (٤٧)
جرح قطعى دفاعي



شكل (٤٨)
جروح قطعية بسلاميات الأصابع
أثناء محاولة الإمساك بالسكين

الجروح القطعية الدفاعية

الجروح القطعية الدفاعية هي جروح قطعية تحدث بالأطراف (عـادة بـالطرفين العلويين) أثناء محاولة المجني عليه صد الأداة الحادة المستخدمة في الاعتـداء عليـه (شكل ٤٧) أو أثناء محاولة الإمساك بها (شكل ٤٨) لمنعها من الوصـول لجسـده. وجود هذه الجروح له دلالة تحقيقية فهو يعني أن المجني عليه كـان واعيـا ومنتبهـا لواقعة الاعتداء ويحاول أن يسد الضربة لحماية العينين والوجه والرأس، وبالتالي فهو لم يكن نائما أو لم يؤخذ علي حين غرة.

عادة تشاهد هذه الجروح براحة اليد أو بخلفية الساعد أو على الجزء الأنسي مـن الساعد وأعلي الذراع. نادرا ما تشاهد هذه الإصابات الدفاعية بالقـدمين أو بالسـاقين وذلك عند محاولة ركل السلاح ودفعه من يد الجاني.

محاولة إمساك السلاح الأبيض يؤدي إلي جـروح قطعيـة متوازيـة بسـلاميات الأصابع الأربعة الأنسية (الخنصر والبنصر والوسطى والسبابة) أو جرح قطعي واحد براحة اليد بالمنطقة الواقعة بين السبابة والإبهام نتيجة شد الجـاني للسـلاح مـن يـد المجني عليه القابضة عليه، وذلك إذا كان السلاح المستخدم ذو نصل له حافـة حـادة واحدة. أما محاولة إمساك السلاح الذي يكون نصله له حافتين حادتين فإنه يحدث جرح قطعي براحة اليد بالإضافة للجروح القطعية بسلاميات الأصابع الأربعة.

أما محاولة صد الضربة دون الإمساك بالسلاح فإنها تحدث جرح قطعي واحد يقع عادة بباطن راحة اليد أو بظهر اليد أو بالأصابع أو بأي موضع بالساعد أو بالذراع أو بالطرفين السفليين.

ثالثا:ــ الجروح الرضية القطعية

هي الجروح التي تحدث من الضرب بالجزء الحاد لأداة صلبة ثقيلة مثل الشاطور والبلطة والفأس مما يؤدي إلى حدوث جرح به مواصفات الجرح الرضي (بسبب قـوة الضربة وثقل الآلة) بالإضافة لمواصفات الجرح القطعي (بسبب الحافة الحادة للأداة) ، وتتميز بالآتي:ــ

(١) حواف الجرح حادة مع تكدم الحواف.

(٢) كسور قطعية بالعظام (شكل ٤٩)، وقليلا ما تكون كسور مفتتة وقطعية.

(٣) قطوع حادة بالأنسجة والأحشاء الداخلية.

رابعا:ـ الجروح القطعية العلاجية أو التشخيصية

الجروح القطعية العلاجية أو التشخيصية هي الجـروح التـي يحـدثها الأطبـاء بالمريض أو بالمصاب لأغراض تشخيصية أو علاجية، وقد يشتبه في كونها إصـابية مثل شق الصدر، أو الشق الجراحي بالصدر لوضع درنقة أو أنبوبة صدرية، أو الشق الجراحي لاستكشاف البطن، أو الشق علي القصبة الهوائية. هـذه التـداخلات الطبيـة تحدث بمشرط طبي يحدث جروح قطعية تماثل الجروح التي تحدثها السـكين، وتـتم والمصاب علي قيد الحياة وبالتالي تكون حوافها مدممة مثل الإصابات التـي تحـدث بجسد المجني عليه إصابيا.

أحيانا يستخدم الأطباء الإصابات القطعية أو الطعنية في الأغراض الطبيـة فتختفي معالمها وتبدو كأنها تداخلات جراحية مثل وضـع درنقـة أو أنبوبـة صدرية داخل الجرح الطعني بالصدر، أو توسيع الجرح الطعني بالبطن وإدخاله في الشق الجراحي لاستكشاف البطن. فإذا تـوفى المصـاب وشـاهد الطبيـب الشرعي الدرنقة داخل الجرح الطعني فقد يعتقد أن هذا الجـرح هـو تـداخل جراحي. لذلك في مثل تلك الحالات لابد من الرجوع للملف الطبي والإطـلاع على طبيعة الإصابات بالمصاب قبل التداخل الجراحي.

النزيف بعد الوفاة

خروج الدم من الإصابات القطعية أو الطعنية التي تحدث بالجثث أمر وارد ولكن كمية النزف تكون قليلة نظرا لقلة الدم الموجودة بالأوعية الدموية. لكـن هذه الكمية القليلة من النزف تزداد لتصل لكمية معقولة عند قطع وعاء دمـوي في موضع بالرسوب الدموي (أي يكون الوعاء الدموي بالجزء السفلي لموضع الجثة). أحد العلماء قام بقطع وعاء دموي رئيسي بالصدر وفي حالات أخـرى بالبطن فوجد كمية النزيف تتراوح ما بين ٣٠٠ – ٥٠٠ مللي دم، وهي كميـة ضئيلة مقارنة لما يحدث بالأحياء.


الفصل الخامس
تقدير
حيوية وعمر الجرح

الفصل الخامس

تقدير حيوية وعمر الجرح

من الأسئلة الهامة التي تطرح نفسها عند وجود إصابات بالجثة هي:ــ

(١) هل هذه الإصابة حيوية (أي حدثت قبل الوفاة) أم غير حيوية (أي حدثت بعد الوفاة).

(٢) كم عمر هذه الإصابة (حال حيويتها)

الرد على هذين السؤالين في غاية الصعوبة نظرا للاختلافات الجوهرية بين مصاب وآخر من حيث الحالة الصحية العامة والعمر والجنس، بالإضافة لاختلاف طبيعة الإصابات وأبعادها وعمقها وتلوثها وغيرها من العوامل. ولقد احتاج الأمر من العلماء للرد على هذين السؤالين أن تجرى الأبحاث على الحيوانات، ومن الطبيعي ألا تنطبق نتائج أبحاث الحيوانات على البشر. لذلك فإن الرد على هذين السؤالين معقد ومحفوف بالمخاطر، وكثيرا ما يحدث فيه تعارض وتناقض.

أولا:ــ الجرح حيوي أم غير حيوي

عادة يمكن تحديد حيوية الجرح من خلال الفحص بالعين المجردة، حيث إن تواجد النزيف الدموي في نسيج الجرح الرضي هو دليل علي حدوث الجرح كون الشخص علي قيد الحياة. المشكلة تكمن أنه في أحوال نادرة يمكن إحداث جرح رضي في الشخص المتوفى حديثا ويشاهد بأنسجته نزيف دموي (وإن كان نزيفا قليلا لا يتناسب مطلقا مع شدة الضربة) كالجرح الحادث للشخص وهو علي قيد الحياة.

الفحص الميكروسكوبي لنسيج الجرح الرضي يفيد في تحديد حيوية الجرح فقط في حالة وجود مظاهر تفاعل التهابي بالجرح، ولكن ذلك يستلزم بقاء المصاب عدة ساعات علي قيد الحياة حتى تظهر هذه التفاعلات. يعيب هذا

الفحص الميكروسكوبي أنه حتى في الحالات الثابت أنها عاشت عدة ساعات بعد الإصابة قد لا نعثر علي مظاهر تفاعل التهابي.

ظهور خلايا الدم البيضاء ذات النواة عديـدة الفصـوص تحـت المجهـر polymorphnuclear leucocytes في منطقة الجرح لا يعني حيوية الجرح حيـث إن هذه الخلايا قد تتجمع بالجرح بعد عدة ساعات من الوفاة. أيضا بالرغم مـن أن الفيبرين يظهر في الجرح بعد دقائق قليلة، إلا إنه ليس له قيمة تـذكر لأنـه يظهر أيضا في الجروح التي تحدث بعد الوفاة.

توجد طرق مستحدثة لبحث حيوية الجروح باستخدام ما يعـرف بالكيميـاء الخلوية histochemistry أو الإنزيمات أو الكيمياء الحيوية biochemistry. هـذه الوسائل لا تستخدم بشكل روتيني في أي دولة من دول العالم لأنها مـا زالـت محل جدل. علي سبيل المثال لوحظ أن مستوى نشاط الإنزيمات يقل في مركـز الجرح، ويزيد عند أطراف الجرح. هذه الزيادة تحدث بعد مدة زمنيـة معينـة تختلف من إنزيم لإنزيم. هذا النشاط الإنزيمي يمكن فحصه حتى خمسة أيام بعد الوفاة، وهو لا يستخدم في تحديد حيوية الجرح من عدمه فقط بل يسـاعد فـي تحديد عمر هذا الجرح. هذه الدراسات أجريت أيضا على الحيوانات مما يقلـل من مصداقيتها عند تطبيقها على البشر.

تستخدم العديد من الأملاح والمواد مثل الصوديوم والزنـك والماغنسـيوم والكالسيوم والسيروتونين والإيستراز esterase والجليكوفورين أ Glycophorin A والهيستامين للتمييز بين الإصابات الحيوية وغير الحيوية، وتحديد عمـر هـذه الإصابات حال حيويتها. أظهرت أبحاث العلماء النتائج التالية:ـ

توجد منطقة مركزية بسطح الجلد للجرح عرضها ٠.٢ – ٠.٥ مللم تسمى منطقة التفاعل الحيوي السلبي يحدث بها تتكرز وينقص فيها نشاط الإنزيمـات بسرعة. يلي هذه المنطقة مباشرة منطقة تفاعل وترميم للأنسجة التالفة عرضها ٠.١ – ٠.٣ مللم يزداد فيها تركيز بعض الإنزيمات والمواد الأخرى أثناء عملية

ترميم الأنسجة التالفة وتسمى منطقة التفاعل الحيوي الإيجابي. هذه التفـــاعلات تظهر على هيئة:ــ

* في خلال ساعة بعد الإصابة يزداد تركيز إنزيم إيســتراز وإنـــزيم ادينوزين ثلاثي الفوسفاتاز Adenosine triphosphatase فـــي منطقـــة التفاعـــل الحيوي الإيجابي.

* في خلال ساعتين بعد الإصـــابة يـــزداد تركيـــز ونشـــاط إنـــزيم أمينوببتيداز aminopeptidase

* في خلال ٤ ساعات من الإصابة يزداد تركيـــز إنـــزيم الفوســـفاتاز الحمضي acid phosphatase

* في خلال ٥ ساعات من الإصابة يزداد تركيـــز إنـــزيم الفوســـفاتاز القلوي alkaline phosphatase

* تتوقف التغيرات الإنزيمية عنـــد حـــدوث الوفـــاة، فيثبـــت تركيـــز الإنزيمات ولا تتأثر بالتغيرات الرمية الحادثة بالجثة بعـــد الوفـــاة وخاصـــة إذا حفظت الجثة بالثلاجة لمنع التحلل الذاتي. الشيخوخة والمرض الشديد والهـــزال الشديد والإصابات المتعددة الواسعة قد تقلل مقدرة الجســـم علـــى إنتـــاج هـــذه الإنزيمات بالمصاب. لذلك فإن غياب هذه التفاعلات لا يجب أن يفســـر بعـــدم حيوية الجرح، بينما وجود هذه التفاعلات هو دليل أكيد على حيوية هذا الجرح.

* من المواد التي تستخدم في تحديـــد عمـــر الجـــرح همـــا مـــادتي السيروتونين serotonin الذي يصل أعلى تركيز له بـــالجرح بعـــد ١٠ دقـــائق، والهيستامين histamine الذي يصل أعلى تركيز له بعد ٢٠ – ٣٠ دقيقة. للبحث عن تركيز السيروتونين والهيستامين يؤخذ ٢ جرام من جلد الجرح خالي مـــن الدهون الموجودة تحت الجلد، ويؤخذ ٢ جرام من جلد بعيد عن منطقة الجـــرح للمقارنة وتقاس نسبة السيروتونين والهيستامين في كلتا العينتين. للجـــزم بـــأن الجرح حيوي لابد أن تكون نسبة الهيستامين في عينة الجرح أعلى بنسبة ٥٠%

عن العينة الأخرى، وبالنسبة للسيروتونين لابد أن تكون نسبة السيروتونين في عينة الجرح ضعف نسبتها في العينة الأخرى للقول بأن هذا الجرح هو جرح حيوي.

ثانيا:ــ تقدير عمر الجرح

تقدير عمر الجروح لابد أن يؤخذ بحذر شديد نظراً لأن هناك عوامل كثيرة تؤثر في سرعة التئام الآثار الإصابية مثل سن المجني عليه وجنسه وحالته الصحية العامة ونوع النسيج المصاب وشدة الإصابة. كذلك توجد عوامل كثيرة تثبط أو توقف عمليات التئام الجروح مثل التعرض للإشعاع والكورتيزون ومرضي الأسقربوط وارتفاع نسبة السكر في الدم ومرضي تليف الكبد والفشل الكلوي والنزيف الدموي والصدمة والارتجاج الدماغي والتعرض للبرد الشديد.

(١) تحديد عمر السحج

إذا استمر المصاب علي قيد الحياة فإن السحجات تساعد في **تحديد وقت الجريمة** وذلك من خلال ملاحظة التطورات الالتئامية المشاهدة بالعين المجردة بالسحج:ــ

* السحج الحديث يكون سطحه محمر ومغطي بسائل مصلي وقد يكون به قليل من الدم (serosanguineous fluid).
* بعد بضع ساعات يتجمد السائل المصلي مكونا قشرة حمراء لينة.
* بعد يومين تجف القشرة لتصبح صلبة بنية اللون.
* بعد حوالي أسبوع تنفصل القشرة ويبقي سطح السحج محمرا.
* بعد حوالي أسبوعين يزول احمرار اللون دون ترك أثر حيث يشفي السحج دون تخلف أثرة التئام.

الفحص المجهري للعينات المأخوذة من السحج تعطي نتائج أكثر دقة من الفحص بالعين المجردة، حيث يمر السحج بأربعة مراحل التئامية وهي:ــ

(أ) مرحلة تكوين القشرة (scab formation)

يترسب في الموضع المكشوط للجلد سائل مصلي وخلايا دم حمراء وفيبرين. وجود هذا الراسب يشير إلي حيوية السحج. تتخلل خلايا الدم البيضاء ذات النواة عديدة الفصوص (polymorphonuclear cells) حول هذا الراسب بعد ٤ – ٦ ساعات من الإصابة. هذا التفاعل الخلوي يبدأ بعد ساعتين، ولكنه عادة لا يظهر بوضوح إلا بعد ٤ – ٦ ساعات.

بعد مرور ٨ ساعات من الإصابة تبدأ بدايات القشرة في التكون مع وجود منطقة من خلايا الدم البيضاء ذات النواة عديدة الفصوص تغطي المنطقة العارية من البشرة.

بعد مرور ١٢ ساعة من الإصابة تتكون ثلاثة طبقات: طبقة سطحية مكونة من الفيبرين وخلايا الدم الحمراء (أو طبقة البشرة المهروسة في حالة سحجات الاصطدام)، وطبقة عميقة من خلايا الدم البيضاء ذات النواة عديدة الفصوص، وطبقة ثالثة من الكولاجين المتأذي بالإصابة ذو صبغ شاذ.

بعد مرور ٢٤ – ٣٠ ساعة من الإصابة تتخلل خلايا الدم البيضاء ذات النواة عديدة الفصوص طبقة الكولاجين.

(ب) مرحلة تجدد نسيج البشرة (epithelial regeneration)

تجدد نسيج البشرة ينشأ من حويصلات الشعر الحية وعند حواف السحج. يبدأ ظهور البشرة المتجددة بعد مرور حوالي ٣٠ ساعة من الإصابة في السحجات السطحية جدا، ولكنه عادة يشاهد بوضوح بعد مرور ٧٢ ساعة من الإصابة في معظم السحجات.

(ج) مرحلة تكوين النسيج الحبيبي تحت البشرة (subepidermal granulation)

تظهر ملامح هذه المرحلة بعد مرور ٥ – ٨ أيام بعد الإصابة، وذلك بعد تغطية موضع السحج بالبشرة، فتظهر خلايا التهابية مزمنة ويزداد عدد خلايا

البشرة بإفراط ويتكون الكيراتين وألياف الكولاجين. لكن هذه المرحلة تصبح أكثر وضوحا بمرور ٩ – ١٢ يوم بعد الإصابة.

(د) مرحلة اختفاء أثر السحج (regression)

هذه المرحلة تبدأ بعد حوالي ١٢ يوم من الإصابة، حيث يقل سمك طبقة البشرة وترجع لسمكها الطبيعي، وتصبح ألياف الكولاجين أكثر وضوحا، ويصبح الغشاء القاعدي (basement membrane) واضحا، وتقل الأوعية الدموية بطبقة الأدمة.

(٢) تحديد عمر الكدمات

يتم تحديد عمر الكدم من خلال التغيرات اللونية الحادثة بالكدم، ومن خلال الفحص الميكروسكوبي لنسيج الكدم. أثبتت التجارب العملية أن تحديد عمر الكدم من خلال الفحص الميكروسكوبي للأنسجة غير ممكن، ولذلك لم تصبح طريقة يعتمد عليها في ذلك.

التغيرات الالتئامية في الكدمات أقل وضوحا عن تغيرات السحجات والتمزقات والفحص النسيجي لها قد تكون فائدته ضعيفة. أكثر الأبحاث فائدة في حالة الكدمات هو تفاعل بيرل Perl's reaction للهيموسيدرين الذي يصبح ايجابي عادة بعد ثلاثة أيام من الضربة، إلا أن بعض الباحثين أكدوا إيجابية التفاعل بعد حوالي ١٢ ساعة من الضربة.

تحلل كرات الدم الحمراء غير منتظم، وقد نشاهد العديد من خلايا الدم الحمراء سليمة في الكدم بعد عدة أيام من الاعتداء، ولذلك فإن تمزق خلايا الدم الحمراء وبقاياها لا يمكن استخدامه كمؤشر لعمر الكدم.

التجمع الدموي تحت الجلد نتيجة الكدم يقع تحت تأثير إنزيمات الأنسجة والتخلل الخلوي، فيتمزق غلاف خلية الدم الحمراء ويخرج منها الهيموجلوبين. يخضع الهيموجلوبين للتحلل الكيميائي فيتحول إلي هيموسيدرين haemosiderin ثم إلي بللي فيردين biliverdin ثم إلي بللي روبين bilirubin. هذه التغيرات

الكيميائية في هيموجلوبين الدم تعطي تغيرات لونية في الكدم، فيتلون الكدم عادة بستة ألوان متتالية وهي الأحمر فالأزرق فالبنفسجي ثم البني فالأخضر وأخيرا الأصفر.

لكن هذه التغيرات اللونية للكدم تختلف اختلافا كبيرا ليس بين شخص وآخر بل بين كدم وآخر في جسد نفس الشخص، فقد يحدث لشخص كدمان يمر احدهما بالتغيرات اللونية العادية إلي أن يختفي بينما يظل الآخر باللون البنفسجي. وبالتالي لا يشترط أن يبدأ الكدم باللون الأحمر بل يمكن أن يبدأ باللون الأحمر المزرق أو البنفسجي المحمر وخاصة في المناطق كثيفة الأوعية الدموية مع كبر مساحة الكدم. بل أحيانا يظهر الكدم باللون الأسود من أول وهلة وذلك في الكدمات التي تحدث بجفون العينين ولذلك يطلق عليها العيون السوداء. كذلك لا يشترط أن يمر الكدم بكل الألوان السابق ذكرها فقد يتغير من البنفسجي إلي الأصفر دون أن يمر باللون البني أو الأخضر. علي أية حال فإن الكدمات تظهر كالتالي:ـ

* الكدم الحديث يكون أحمر اللون (شكل ٥٠).
* بعد فترة قصيرة يتغير لون الكدم إلى اللون الأحمر المختلط باللون الأزرق أو البنفسجي (شكل ٥١).
* بعد أربعة إلى خمسة أيام يتغير لون الكدم إلى اللون الأخضر (شكل ٥٢).
* بعد أسبوع إلى عشرة أيام يتغير لون الكدم إلى اللون الأصفر.
* بعد أسبوعين يزول الكدم نهائيا.

بالرغم مما سبق ذكره، فإن هناك صعوبة كبيرة في تحديد عمر الكدم من خلال اللون على وجه الدقة، وذلك بسبب:ـ

(١) اختلاف مساحة الكدم من حالة لأخرى

تبدأ التغيرات اللونية من الحواف الخارجية للكدم متجهة لمركزه، وبالتالي فإن الكدمات الكبيرة المساحة تستغرق وقت كبير حتى تشفى تماما. لذلك فالكدم الكبير الذي مضى عليه بضعة أيام يمكن أن نشاهد به جميع الألوان، فقد نشاهد اللون الأصفر في الحواف من الخارج واللون الأزرق والأحمر في المنتصف.

(٢) اختلاف عمق الكدم ودرجة صبغ الجلد

كلما زاد عمق الكدم زادت طول بقاء الألوان، فاللون الأصفر يظهر سريعا في الكدمات السطحية مقارنة بالكدم العميق.

(٣) السن

الكدمات عند المسنين لا تشفى بسهولة، وقد تبقى`معهم بقية حياتهم دون أن يتغير لونها الأحمر أو الأزرق.

(٤) أمراض الدم

المصاب الذي يعاني من سيولة بالدم ونقص عوامل التجلط تظل الكدمات بجسده لفترات أطول، حيث تتغير ألوان الكدم من لون لآخر ببطء.

على أية حال، يمكن وضع الحد الأدنى في تحديد عمر الكدم من خلال المرئيات التالية:ــ

(١) إذا ظهر الكدم بلون واحد (عادة الأحمر أو الأزرق) دون وجود تغيرات لونية فإن ذلك يشير إلي حدوثه في خلال يومين، ما عدا حالات المسنين الذين لا يمكن تطبيق أي قاعدة عليهم في تحديد عمر الكدم.

(٢) أي كدم يظهر به اللون الأخضر فلابد أن يكون المتوفى قد مكث على قيد الحياة حوالي ١٨ ساعة على الأقل قبل الوفاة.

(٣) وجود كدمات متساوية الأبعاد تقريبا ومختلفة الألوان يشير إلي حدوثها في تواريخ مختلفة، وخاصة في حالات إيذاء الطفل.

(٤) الحديد القابل للصبغ في صورة هيموسيدرين لا يظهر بالفحص الميكروسكوبي قبل مرور يومين علي الأقل من تاريخ الإصابة، أما في حالة أنزفة السحايا فيظهر بعد حوالي ٣٦ ساعة.

(٥) ظهور مركب هيماتودين **haematoidin** في الكدمات والتجمع الدموي يظهر بعد مرور أسبوع من الإصابة.

خلاصة القول أنه لا يجب التعويل علي لون الكدم لتحديد عمره بدقة، ولكن يمكن الاعتماد عليه في مناقشة تصور حدوثه قديما أم حديثا ويتفق مع تاريخ الواقعة من عدمه.

<u>(٣) التئام كسور العظام</u>

التئام كسور العظام يعتمد علي سن المصاب وحالته الصحية وحالته الغذائية. بعد سن المراهقة لا يلعب السن دور مهم في التئام كسور العظام. كسور العظم الأسفنجي التركيب **cancellous bone** تلتئم أسرع من كسور القشرة للعظام **cortical bone**.

في الأطفال، يظهر بالفحص الشعاعي الالتحام العظمي لموضع التئام الكسر **callus** بعد أسبوعين من تاريخ الكسر. تندمج حواف الكسر في حوالي ٤ – ٦ أسابيع، ولكنها تشفى نهائيا بعد ٢ – ٣ شهور. أما في البالغين فإن حواف الكسر تندمج في حوالي ٣ شهور وقد تصل إلي ٤ – ٥ شهور في حالة عظمة الفخذ.

يصاحب الكسر نزيف دموي نتيجة تمزق الأوعية الدموية في موضع الكسر الذي يتجمع في صورة تجمع دموي مغزلي الشكل يحيط حواف الكسر. أيضا يتمزق السمحاق (الغشاء الليفي المغلف للعظام) **periosteum** من السطح الخارجي للعظمة، ويترسب الفيبرين في هذا التجمع الدموي.

بعد مرور ٢٤ – ٤٨ ساعة من الكسر يحدث رد فعل التهابي مع وزم واستمرار ترسب الفيبرين وتراكم كميات كبيرة من خلايا الدم البيضاء ذات

النواة عديدة الفصوص (polymorphnuclear cells). ثم بمرور الوقت تتكون وتزداد في العدد الخلايا الملتهمة كبيرة الحجم (macrophage).

تبدأ المرحلة الثانية للالتئام بعد مرور حوالي ٤٨ ساعة من الكسر وتتميز بظهور خلايا ليفية جذعية (fibroblast)، وخلايا النسيج الضام الجنينية (mesenchymal cells)، مع الظهور التدريجي للنسيج الحبيبي granulation tissue وتتكرز العظم الملاصق للكسر، مع ظهور فراغات نتيجة موت الخلايا العظمية الناضجة osteocytes. أي يصبح هناك خط فاصل واضح بين العظم الميت بتجاويفه الفارغة والعظم الحي، مع تكاثر واضح للطبقات العميقة من السمحاق.

بمرور الوقت ينتج عن تكاثر الخلايا العميقة للسمحاق تكوين طوق حول الالتحام العظمي لموضع الكسر، وتنمو الشعيرات الدموية داخل التجمع الدموي، وتظهر الخلايا المنتجة للنسيج العظمي osteoblast فتتكون حواجز متشابكة trabeculae جديدة من النسيج الضام.

بعد مرور أسبوع من الكسر يظهر النسيج الحبيبي، والخلايا المنتجة للنسيج العظمي، والخلايا المنتجة للنسيج الليفي، والخلايا المنتجة لنسيج الغضاريف، وجزر صغيرة من الغضاريف في نسيج دعامي ليفي. تنتج الخلايا المنتجة للعظام الكولاجين وعديد السكريات polysaccharide الذي يتشبع بالكالسيوم لينتج عظام غير ناضجة. يصل الالتحام العظمي لموضع الكسر الحد الأقصى له بعد مرور ٢ – ٣ أسبوع.

المرحلة التالية تظهر بعد حوالي ٣ – ٤ أسابيع من حدوث الكسر وتتميز بصلابة الالتحام العظمي لموضع الكسر. في المرحلة الأخيرة يستعيد العظام الشكل الأصلي له وتتحول العظام غير الناضجة إلي عظام ناضجة.

النشاط البدني ومدى سرعة حدوث الوفاة بعد الإصابة

دائما يثار تساؤل حول مدى قدرة المجني عليه على المشي أو الهرب من الجاني عقب تلقيه الإصابة الطعنية. هذا يتوقف على عدة عوامل وهي:ـ

* طبيعة العضو أو الأعضاء المصابة بالضربة الطعنية.
* مدى جسامة هذه الإصابة.
* كمية النزيف المفقود.
* سرعة النزف المفقود.

النزيف الغزير يحد ويفقد المجني عليه النشاط البدني بسرعة. أما في حالة النزيف البطيء فإن المجني عليه يستطيع التحرك والمشي لمسافة قد تطول. قطع الشريان يؤدي لفقدان الدم أسرع من قطع الوريد المساو له في الحجم وخاصة إذا كانت الإصابة جزئية، وذلك لكون الضغط داخل الشريان أعلى من الوريد. حدوث السدة الهوائية نتيجة قطع الوريد الوداجي jugular vein يؤدي إلي الإسراع في حدوث الوفاة. علي أية حال لا يمكن تطبيق قواعد محددة على كل الحالات نظرا للاختلاف الموجود بين الأشخاص والإصابات.

الإصابات الطعنية التي تقطع الفرع الأمامي النازل للشريان التاجي الأيسر عادة تؤدي للوفاة بسرعة وذلك لأنها ستقطع فرعا من جهاز التوصيل. الإصابات الطعنية التي تصل للأذينين بالقلب أو للأوعية الدموية الرئيسية الخارجة من القلب تؤدي للوفاة بسرعة أكبر من إصابات البطينين نظرا لقدرة عضلات البطينين (وخاصة البطين الأيسر) على الانقباض مما يؤدي لإبطاء أو إيقاف النزيف الخارج من القلب.

البطين الأيمن للقلب لا يزيد سمكه عن نصف سنتيمتر، ولذلك فإن الإصابات الطعنية النافذة لتجويف البطين الأيمن تحدث نزيف دموي غزير داخل غشاء التامور لعدم قدرة عضلات القلب الرفيعة علي التقلص لغلق مسار الجرح الطعني بعد خروج الأداة الطاعنة. أما البطين الأيسر للقلب فإن سمكه عادة يزيد عن واحد سنتيمتر، ولذلك فإن عضلاته السميكة عادة تكون قادرة علي غلق مسار الإصابة الطعنية بنسبة كبيرة بعد خروج الأداة الطاعنة فتقل كمية النزيف الخارجة من القلب مما يسمح ببقاء الشخص لفترة أطول علي قيد الحياة مقارنة

بإصابة البطين الأيمن ولا تحدث الوفاة إلا عندما تتجمع كمية كبيرة من الدم داخل غشاء التامور، وهذا يعني أن إصابة البطين الأيمن أكثر خطورة على حياة المصاب وذلك على الرغم من كون الضغط داخل البطين الأيمن أقل من ضغط البطين الأيسر إلا إن ترقق جدره تكون غير قادرة على غلق الجرح مما يسمح بالنزيف السريع والوفاة. من الحالات النادرة التي شاهدتها رجل في العقد الخامس من العمر شاهد إطلاق نار كثيف بين رجال الشرطة ومجموعة من الخارجين عن القانون وحدثت إصابته بطلق ناري ثم جرى لمنزله على بعد ٤٠٠ متر فوقع على أرضية منزله بمجرد دخوله وقد شاهدنا آثار دماء قليلة في مسار هروبه وبتشريح جثمانه شاهدنا به جرح ناري دخولي وخروجي بالبطين الأيسر للقلب ونزيف بالتجويف الصدري يقدر بحوالي لترين.

أحيانا يعبر الجرح الطعني من خلال جدار القلب مرتين دخولا وخروجا، وهنا تكون كمية النزيف أكثر غزارة ويصاحبها عادة سرعة حدوث الوفاة مقارنة بالإصابة الطعنية الواحدة غير العابرة.

في حالات نادرة قد تحدث الوفاة الفجائية من توقف القلب عقب حدوث صدمة رضية مفاجئة غير نافذة لصدر شخص لا يعاني من مشاكل قلبية ولا يصاحبها عادة أي مظاهر إصابية بالقلب، وهو ما يطلق عليه الارتجاج القلبي (Commotio cordis). هذه الحالات النادرة عادة تشاهد في حالات الرياضيين أثناء مزاولة بعض الأنشطة الرياضية حيث تصطدم الكرة بالصدر فيسقط الرياضي علي الأرض فجأة أو بعض فترة قصيرة جدا بالرغم من كون الصدمة ليست قوية، وعادة (في حوالي نصف الحالات) لا يصاحبها أي مظاهر للصدمة بجدار الصدر أو بالقلب. يري البعض أن هذه الوفيات تحدث نتيجة اضطراب النظم البطيني للقلب (ventricular dysrhythmia) لكون الصدمة حدثت في مرحلة استثارة البطين مثل قمة موجة T. في اعتقادي الشخصي أن هذه الوفيات الفجائية تحدث نتيجة تنبيه العصب الحائر الذي يؤدي بدوره لتثبيط القلب.

الإصابة الطعنية للعنق عادة تحدث الوفاة سريعا نتيجة النزيف الـــدموي أو السدة الهوائية أو الأسفكسيا نتيجة النزيف الغزير بالأنســـجة الرخـــوة بـــالعنق فيضغط علي القصبة الهوائية والأوعية الدموية الرئيسية بالعنق. هذا لا يمنع من احتمالية حدوث الوفاة بعد فترة نتيجة الالتهاب الخلوي أو تجلط الدم الشـــرياني مع جلطة واحتشاء بالمخ. في حالة وجود إصابة طعنية بالعنق أو بالرأس لابـــد من إجراء فحص شعاعي للصدر قبل إجراء الصفة التشريحية لاستبعاد الســـدة الهوائية.

إصابة جذع المخ بإصابة نافذة أو قطع قوس الأورطى الصدري قطعا كاملا يؤدي للوفاة الفورية. باستبعاد إصابات المخ أو وعاء دموي كبير، فإن معظـــم الإصابات الأخرى بأنحاء الجسم لا تؤدي للوفاة الفجائية ولا تؤدي للفقد السريع للحركة ووظائف العضو المصاب.

عادة يكون الجرح الطعني الوحيد للمخ غير قاتل لحظيا حيث يتمكن المجني عليه من المشي أو الهرب من الجاني، وفي بعض الأحيان قد لا يكون المجنـــي عليه مدركا لحدوث إصابته بالمخ. غالبا تكسر جزء من طرف السكين وتبقـــى داخل المخ.

إصابة الفص الجبهي من المخ ليست مميتة في التو واللحظة بل غالبا ينجو منها المصاب من الموت. في حالة انتحار سجلها صاحبها بالفيديو بـــأن أطلـــق النار على رأسه فأصاب الفص الجبهي بالمخ ووقع علـــي الأرض فـــي التـــو واللحظة وبعد ٤ دقائق فتح عينيه ورفع رأسه ثم سقطت رأسه وتوفى.

أجرى كارجر وآخرين Karger et al دراسة حول ١٢ حالة انتحار مشاهدة من آخرين لتحديد النشاط البدني بعد الإصابة. ثمانية حالات كانت بها إصابات طعنية بالقلب نفذت فقط خلال جدار القلب الأمامي وتم تصنيفها كالتالي:ـــ

* عدم القدرة على الحركة نهائيا بعد الإصابة حدثت في حالة واحدة كانت إصابته بالبطين الأيمن للقلب وشوهد به جرح طعني بالقلب طوله ١٥ مم مع نزيف دموي داخل غشاء التامور حوالي ٤٥٠ مللي.

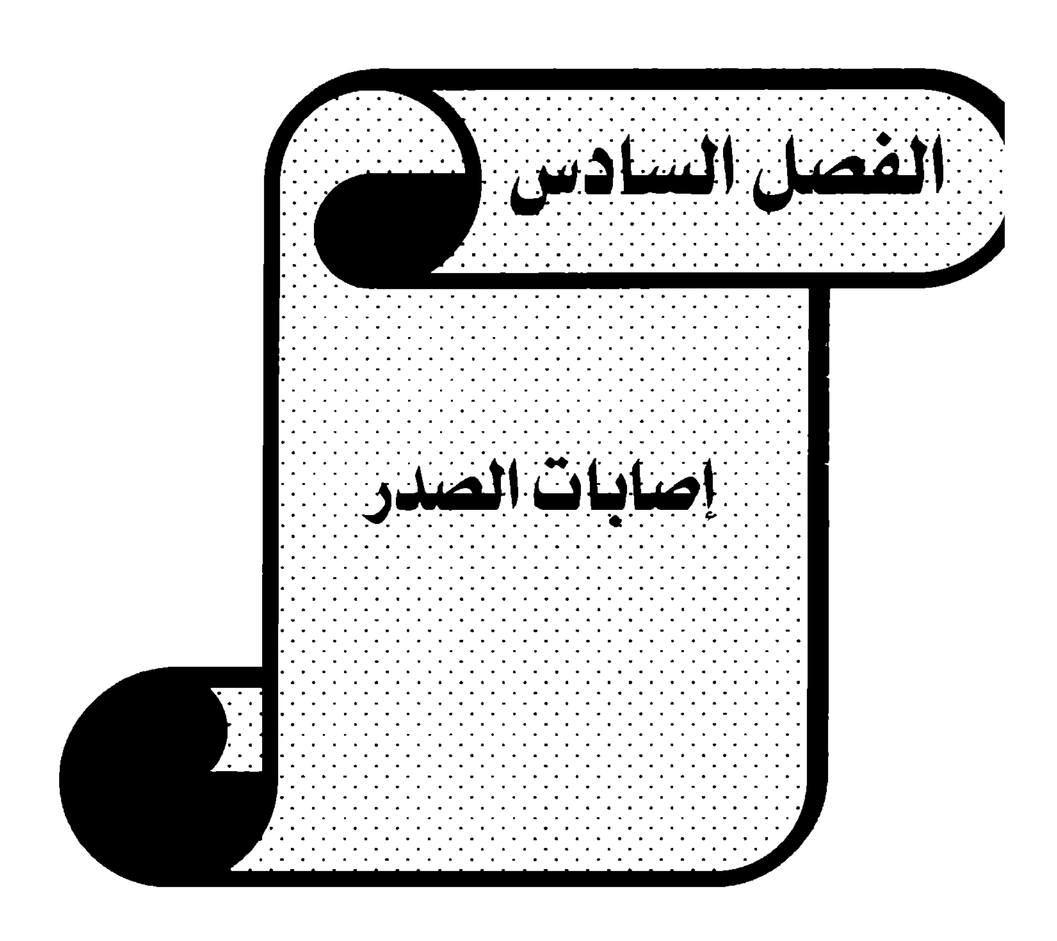
* حالتان كانت لديهما القدرة علي الحركة لمدة عشر ثوان وكانت إصابتهما بالبطين الأيمن للقلب وطول الجرح الطعني بالقلب لهما ١٤ مم، ٢٠ مم ويوجد نزيف دموي داخل غشاء التامور حوالي ٢٥٠ مللي.

* أربع حالات كانت لديها القدرة علي الحركة لفترة تتراوح ما بين ٢ - ١٠ دقائق، وكانت إصابتهم بالبطين الأيسر للقلب. وجد طول الجرح الطعني بالقلب يتراوح ما بين ٧ - ١٠ مللي، وكانت حالتين منهما خاليين من النزيف الدموي داخل غشاء التامور، وحالة بها نزيف دموي داخل غشاء التامور يقدر بحوالي ٣٠٠ مللي، وحالة بها نزيف دموي داخل غشاء التامور يقدر بحوالي ٤٠٠ مللي وهو الذي تحرك لمدة عشر دقائق.

* الحالة الأخيرة لمنتحر عاش لمدة ساعتين، وكان قد طعن نفسه بيمين أسفل الصدر محدثا جرحا طعنيا بالرئة اليمنى والحجاب الحاجز والكبد وعثر عند تشريح جثمانه على ٢٢٠٠ مم دم بالتجويف الصدري وعلى ٧٠٠ مم دم بالتجويف البطني.

علي أية حال، في جميع الإصابات علي الطبيب الشرعي أن يتريث قبل إبداء رأي متسرع معتمدا في ذلك علي:ـ

* طبيعة وشدة الدمار الحادث بالأنسجة.
* سن المجني عليه.
* الحالة الصحية العامة للمجني عليه. فالمصاب الذي يعاني من أمراض مزمنة بالقلب والجهاز التنفسي أو المصاب المتقدم في العمر عادة يتوفى بسرعة مقارنة بالشاب الصحيح البدن. لكن ذلك لا يكون له أي تأثير إذا كانت الإصابة شديدة ومصحوبة بدمار شديد بالأنسجة.



الفصل السادس

إصابات الصدر

الفصل السادس

إصابات الصدر

إصابات الصدر قد تقتصر علي إصابات عظام القفص الصدري أو علي الأحشاء الصدرية (القلب والرئتين والأوعية الدموية) دون العظام أو علي كليهما.

يتكون القفص الصدري من أثني عشر ضلع علي كل جانب من جانبي الصدر يرتبطا من الأمام من خلال عظمة القص ويرتبطا من الخلف من خلال الفقرات الصدرية للعمود الفقري (أثني عشر فقرة صدرية). ويوجد في أعلي الصدر علي كل جانب عظمة الترقوة، وبالخلف يوجد علي كل جانب عظمة اللوح. هذا التكوين العظمي يوفر للأحشاء الصدرية الهامة الحماية والوقاية بشكل كبير من الإصابات الراضة. يوجد داخل التجويف الصدري القلب والرئتين معلقين بواسطة القصبة الهوائية والأوعية الدموية الكبيرة الداخلة والخارجة من القلب، وترتكز الأحشاء الصدرية علي الحجاب الحاجز وهو عضلة تفصل بين الصدر والبطن.

أولا:ـ كسور عظام الأضلاع

أسباب كسور عظام الأضلاع

(١) الكسور لأسباب مرضية (التلقائية)

هذه الكسور تحدث ابتدائيا نتيجة أمراض العظام وخاصة بالمسنين والأطفال أو ثانويا نتيجة انتشار الأورام. يعاني المسنين عادة من هشاشة العظام وبعض أمراض العظام الأخرى التي تجعل عظام الأضلاع هشة مما يسهل كسرها بمجرد الضغط عليها بأصابع اليد، لذلك ما لم نشاهد أنزفة حول حواف كسور أضلاع المسنين فلا يجب أن نعتبرها كسورا حيوية. أما فيما يتعلق بكسور عظام القفص الصدري عند الأطفال فيرجي الرجوع إليها في فصل الإصابات المصاحبة لحالات الإيذاء البدني للأطفال بكتابنا إيذاء الطفل.

(٢) الكسور العلاجية أثناء التدليك اليدوي للقلب

في حالات توقف القلب نتيجة حالة إصابية أو مرضية يقوم الأطباء بإجراء تنشيط يدوي للقلب والرئتين (Cardiopulmonary resuscitation – CPR) لإنقـاذ حياة المريض، وهذا عادة يسبب كسور بالأضلاع في ٤٠% من هذه الحـالات مع نزيف عند الخط المنصف للصدر (Mediastinal) أو مع استرواح بالصـدر. في حالات المسنين والذين يعانون من الأمراض المزمنة والذين يعـانون مـن أمراض سوء التغذية تكون العظام هشة وتتكسر بسهولة مع الضغط البسيط علي الصدر. هذه الكسور تكون متعددة وعلي خط رأسي واحد وغالبا تكون علي خط حلمة الثدي وعادة تشمل معظم الأضلاع الستة العليا اليسرى، وإن كان ذلـك لا يمنع من كسر عظمة القص بل وأحيانا إنسية الأضلاع اليمني (أي عند اتصالها بعظمة القص). حواف هذه الكسور قد تكون مدممة أو قد يغيب عنها النزيـف نظرا لكون التدليك يتم حول لحظة الوفاة (أي قبل الوفاة مباشرة أو أثناء لحظـة الوفاة أو حتى بعد وقت قصير جدا من حدوث الوفاة).

(٣) كسور الأضلاع نتيجة العنف غير المباشر

في حالات السقوط من أعلي وحوادث المرور قد يحدث انضـغاط أمـامي خلفي للصدر مما قد يؤدي لكسور بالأضلاع وخاصة بالأجزاء الجانبيـة مـن الأضلاع. في حالة الضغط علي الصدر من الخلف للأمام تحدث عادة كسـور الأضلاع بجوار الفقرات الصدرية. في حالة الضغط علي جانبي الصدر تحدث كسور الأضلاع بجوار عظمة القص والفقرات الصدرية.

(٤) الكسور نتيجة العنف المباشر الواقع علي الأضلاع

الارتطام أو الضرب علي جدار الصدر يؤدي إلي كسر ضلع أو أكثر مـن ضلع. معظم كسور الأضلاع في حالات العنف المباشر تحـدث علـي الخـط الأبطي الأمامي أو الخط الأبطي الخلفي بجانبي الصدر. كسور الأضلاع العلوية

(غالبا الأول والثاني) ليست شائعة باستثناء حالات العنف المباشر الواقع عليهما مثل الرفس أو اللكم العنيف أو حوادث المرور.

اختراق حواف الأضلاع المكسورة للبلورا الجدارية والحشوية وللرئتين يؤدي لحدوث استرواح هوائي (Pneumothorax) أو نزيف داخل التجويف الصدري (Haemothorax) أو كليهما معا، وقد يؤدي إلي ناسور بين الشعب الهوائية والبلورا (bronchopleural fistula).

يشاهد بموضع الكسر في الكسور الحيوية (أي التي تحدث والشخص علي قيد الحياة) نزيف تحت السمحاق (periosteum) أو تحت البلورا الجدارية، ولكن نادرا لا تشاهد هذه الأنزفة في بعض الكسور الحيوية. علي النقيض من ذلك فإن بعض كسور الأضلاع غير الحيوية قد يشاهد بها نزيف بموضع الكسر متسرب من تجويف النخاع في الأنسجة المجاورة.

التشخيص الصحيح لكسور عظام الأضلاع يقتضي شق العضلات بين الأضلاع وتحسس كل ضلع بمفرده لأن وجود العضلات بين الأضلاع قد يخفي الكسور الشرخية الموجودة بالأضلاع.

وظيفة التنفس تعتمد علي سلامة عظام القفص الصدري وتتأثر بأي إصابة بالقفص الصدري يصاحبها قصور ميكانيكي شديد بالقفص الصدري. كسور القفص الصدري قد تمنع جدار الصدر من التمدد نهائيا أو تقلل تمدده بشكل كبير مما يؤدي لنقص الهواء الداخل للرئتين. كسور الأضلاع شائعة الحدوث ولكن هذه الكسور لا تعوق التنفس إلا في الأحوال التالية:ـ

* تعدد الكسور لدرجة تمنع تمدد الصدر.
* اختراق عظام الأضلاع المكسورة للرئتين والبلورا.
* الآلام العضلية وآلام البلورا التي تعوق عمل الجهاز التنفسي.

تعدد كسور الأضلاع وخاصة بأمامية جانبي الصدر وخاصة عندما يصاحبها كسر أو أكثر بعظمة القص فيما يعرف بالصدر السائب (flail chest).

هذا الصدر السائب يحدث عادة نتيجة العنف الواقع علي جدار الصدر الأمــامي وخاصة عند ارتطام عجلة القيادة بصدر السائق في الحوادث المرورية أو عنــد قفز الجاني وسقوطه بالقدم علي صدر المجني عليه الراقد عليٰ ظهره.

هذه الكسور المتعددة للقفص الصدري تعوق محاولات تمدد الصــدر أثنــاء الشهيق فتتجه الكسور لداخل التجويف الصدري بدلا من اتجاهها للخارج فيقــل الهواء الداخل للصدر فيما يعرف بالتنفس المتناقض (**paradoxical respiration**).

هذا الصدر السائب يصاحبه صعوبة بالتنفس وزرقة وقد يؤدي للوفاة في الحالات الجسيمة بسبب نقص الأوكسجين.

يمكن تلخيص مضاعفات كسور الأضلاع إلي:ــ

(أ) الصدر السائب.

(ب) تمزق الأوعية الدموية بين الأضلاع مع نزيف بالصدر.

(ج) تمزق الرئة واسترواح الصدر.

(د) تمزق الرئة مع استرواح ونزيف دموي بالصدر.

(هـ) تمزق القلب.

(و) إلتهابات بالرئتين والبلورا.

<u>ثانيا:ــ كسور عظمة القص</u>

عظمة القص تحتاج لقوة أشد من تلك المطلوبــة لإحــداث كســور عظــام الأضلاع. عظمة القص قد تتكسر أيضا بفعل الضــغط العنيــف أو الضــرب والصدم لجدار الصدر الأمامي كما في حالات ارتطام عجلــة القيــادة بصــدر السائق أو مرور عجلات السيارة فوق الصدر في حوادث الدهس أو قفز شخص فوق صدر الراقد علي ظهره. كذلك قد تتكسر عظمة القــص أثنــاء التنشــيط العلاجي اليدوي للقلب والرئتين، وغالبا يكون ذلك عند المسافة الضلعية الثالثــة أو الرابعة. هذه الكسور عادة تكون مستعرضة الوضع وتحدث بجســم عظمــة

القص. تفتت عظمة القص أو انزياحها للخلف قد يؤدي لإصابة القلب أو الأوعية الدموية الكبيرة الخارجة من القلب.

ثالثا:ــ إصابات الرئتين

تقع الرئتان حول القلب ويحيط بكل رئة غشاء يسمي البلورا. تتمتع الرئــة الطبيعية بمرونة كبيرة، ولذلك فهي قادرة علي مقاومة الضغط التدريجي دون أن يحدث بها مظاهر إصابية. لكن قوة الضغط العنيفة المفاجئة للصدر قد تحـدث تكدم بالرئة نتيجة قوة ضغط الأضلاع.

تكدم الرئتين أمر شائع الحدوث سواء في إصـابات الصـدر المفتوحـة أو المغلقة. أي صدمة قوية تقع علي جدار الصدر قد تحدث تكدم لسطح الرئـة أو حتى للأجزاء العميقة من الرئة، سواء تحت موضع الصـدمة أو فـي الاتجـاه المقابل. عادة يكون تكدم السطح الخلفي للرئتين منتقل من الضربة علي مقـدم وجانبي الصدر إذا فشلت الحويصلات الهوائية الأمامية فـي امتصـاص قـوة الضربة مما يؤدي لانتقالها إلي الحويصلات الهوائية الخلفيـة فتحـدث تكـدم بالسطح الخلفي للرئتين، والذي يشفي عادة في خلال بضعة أيام دون أن يتـرك أي تأثير.

إصابات تباطؤ السرعة التي تشاهد في حالات الحوادث المرورية والسقوط من أعلي تظهر علي شكل كدم رأسي تحت السطوح الجانبية الخلفية للبلورا، وقد تطبع الأضلاع شكلها علي هيئة خطوط كدمات علي السطح البلوري للـرئتين. وقد تكون الكدمات شديدة بحيث تشكل فقاعات دموية تحت البلورا والتـي قـد تتمزق ويخرج منها الدم أو الهواء في التجويف البلوري.

إصابات الصدر الشديدة عادة يصاحبها نزيف في الأجزاء المركزيـة مـن الرئتين والتي قد تشكل تجمع دموي كبير ضاغط علي نسـيج الرئـة. أحيانـا تنضغط الأجزاء السفلي للرئتين في المنطقة الضـيقة بـين الحجـاب الحـاجز والأضلاع (Costophrenic angles) ويسميها البعض كدمات الكماشة.

الضربة الموضعية للصدر قد تضغط الهواء داخل الحويصلات الهوائية دون أن يخرج من المسالك الهوائية. هذا الاحتجاز للهواء داخل الحويصلات الهوائية يحدث بسبب انسداد المسالك الهوائية مما يؤدي لارتفاع ضغط الهواء داخل الحويصلات الهوائية حتى يزيد علي قدرة مرونة هذه الحويصلات فتنفجر هذه الحويصلات ويحدث نزيف داخل الحويصلات الهوائية.

الإصابة الرضية للصدر قد تؤدي إلي تمزق الرئة، وقد تصل لدرجة انفصال جزء من نسيج الرئة. قد تتمزق سرة الرئة (Hilum)، وقد يصاحب ذلك نزيف بالرباط الرئوي الموجود تحت سرة الرئة. أيضا قد تتمزق الأوعية الدموية للسرة وخاصة الأوردة الرئوية محدثة نزيف غزير داخل البلورا أو عند الخط المنصف (Mediastinal haemorrhage). هذه المظاهر الإصابية بالرئة عادة يصاحبها كسور بعظام الأضلاع أو القص أو العمود الفقري للبالغين، ولكن في حالات قليلة قد تحدث إصابات الرئة أو القلب دون وجود مظاهر خارجية بجدار الصدر ويرجع البعض ذلك إلي الملابس التي يرتديها هذا الشخص. أما في حالة الأطفال فقد تحدث هذه الإصابات بالرئة دون كسور بالعظام نظرا لمرونة عظام الأطفال.

أحيانا يؤدي الضرب المفرط بأداة راضة إلي كسور شديدة بالأضلاع وانغراس ضلع أو أكثر من هذه الأضلاع المكسورة في الرئة أو الرئتين محدثا تمزقات شديدة بها وتجمع هوائي بالصدر. كذلك فإن كسر الضلع الأخير الأيمن يؤدي بنسبة ١٠% إلي حدوث تمزق بالكبد.

التمزق الإصابي للجزء الصدري للقصبة الهوائية أو الشعبة الهوائية عادة يحدث من الضغط العنيف علي الصدر. هذا التمزق يحدث عادة في خلال مسافة ٢.٥ سنتيمتر من الحافة الناتئة للحلقة الغضروفية السفلية للقصبة الهوائية بين مدخلي الشعبتين، وأحيانا يحدث التمزق بالقصبة الهوائية والشعبة الهوائية معا.

في حوالي ٣٠% من هذه الحالات يكون بها كسور بالضلع الثاني والثالث من الأمام. هذا التمزق قد يحدث نتيجة آلية أو أكثر من الآليات التالية:ــ
(١) ضغط علي الشعبة الهوائية الرئيسية مقابل العمود الفقري.
(٢) الضغط المباشر علي عظمة القص مقابل مزمار الحنجرة المغلق (glottis).
(٣) الارتفاع المفاجئ للضغط داخل تجويف القصبة الهوائية أو الشعبة الهوائية أثناء الزفير العميق مقابل مزمار الحنجرة المغلق.
(٤) تباطؤ سرعة الرئتين المتحركة للأمام مقابل القصبة الهوائية الثابتة نسبيا والشعب الهوائية القريبة.

الإصابات النافذة للرئتين شائعة ومعظمها يحدث من الإصابات الطعنية. هذه الإصابات النافذة للرئتين قد تستقر فقط بنسيج الرئة أو قد تصيب الأوعية الدموية الرئيسية أو قد تدخل من أحد سطحي الرئة وتنفذ من السطح المقابل لتحدث إصابات أخرى بالقلب أو الأوعية الدموية الرئيسية.

<u>رابعا:ــ إصابات القلب</u>

القلب يقع في منتصف الصدر تقريبا بين الرئتين داخل تجويف غشاء التامور معلقا بهذا الغشاء بواسطة شريان الأورطي والشريان الرئوي والوريد الكهفي العلوي. وضع القلب يكون مائلا خلف عظمة القص وأجزاء الأضلاع المتصلة بها، ويتجه لناحية اليسار أكثر من ناحية اليمين حيث يقع ثلثي القلب تقريبا بالناحية اليسري والثلث الثالث يقع علي يمين الخط المنصف من الصدر.

القلب قد يكون عرضة لأي نوع من أنواع الإصابات، سواء كانت لطلق ناري أو إصابة رضية أو إصابة طعنية.

الإصابات الطعنية للقلب من أشهر أنواع الإصابات الجنائية. الإصابة الطعنية للقلب يختلف وضعها بالسطح الخارجي للصدر، فقد تكون فوق منطقة القلب مباشرة أو بالمنطقة المحيطة بالقلب أو تكون نافذة من خلال عظمة القص في حالة الإصابات القوية أو قد تكون صاعدة من جدار البطن من خلال

الحجاب الحاجز، ولكنها غالبا تكون نافذة من خلال العضلات بين الأضلاع أو مارة خلال غضروف الضلع أو حتى من خلال الضلع ذاته.

الإصابة الطعنية للقلب قد تصل لتجاويف القلب أو تكون سطحية لا تتعدي الطبقة العضلية للقلب. هذه الإصابات السطحية يمكن التدخل السريع لعلاجها جراحيا دون أن تحدث الوفاة، ولكن إذا نفذت إلي أحد الشرايين التاجية الرئيسية (الموجودة بالسطح الخارجي للقلب) فإنها قد تؤدي للوفاة السريعة نتيجة نقص تروية عضلة القلب (Myocardial insufficiency) أو نزيف داخل غشاء التامور ضاغط علي القلب.

نظرا لأن البطين الأيمن يشكل معظم السطح الأمامي للقلب فإن معظم الإصابات الطعنية بمقدم الصدر تستقر بالبطين الأيمن، ولكنها أيضا قد تستقر بالبطين الأيسر أو حتى بالحاجز بين البطينين.

البطين الأيمن للقلب لا يزيد سمكه عن نصف سنتيمتر، ولذلك فإن الإصابات الطعنية النافذة لتجويف البطين الأيمن تحدث نزيف دموي غزير داخل غشاء التامور لعدم قدرة عضلات القلب الرفيعة علي التقلص لغلق مسار الجرح الطعني بعد خروج الأداة الطاعنة. أما البطين الأيسر للقلب فإن سمكه عادة يزيد عن واحد سنتيمتر، ولذلك فإن عضلاته السميكة عادة تكون قادرة علي غلق مسار الإصابة الطعنية بنسبة كبيرة بعد خروج الأداة الطاعنة فتقل كمية النزيف الخارجة من القلب مما يسمح ببقاء الشخص لفترة أطول علي قيد الحياة مقارنة بإصابة البطين الأيمن مما يجعل فرصة التدخل الجراحي لإنقاذ حياته أكبر، وهذا يعني أن إصابة البطين الأيمن أكثر خطورة علي حياة المصاب.

أحيانا يعبر الجرح الطعني من خلال جدار القلب مرتين دخولا وخروجا، وهنا تكون كمية النزيف أكثر غزارة ويصاحبها عادة سرعة حدوث الوفاة مقارنة بالإصابة الطعنية الواحدة غير العابرة.

الإصابات الرضية للقلب قد تأخذ أي صورة طبقا لطبيعة الأداة المستخدمة ومساحتها وقوة الصدمة، فقد تكون في صورة تكدم أو تمزق سطحي أو حتى تمزق كامل يؤدي لفتح حجرات القلب أو ارتجاج قلبي. طبيعة إصابة القلب تعتمد علي شدة الضربة، وعلي مرحلة الدورة الدموية (أي كون القلب منقبضا وخاليا من الدم أم منبسطا وممتلئا بالدم)، وأخيرا علي قدرة الضربة علي ضغط أو هرس القلب بين عظمة القص والعمود الفقري.

في حالات نادرة قد تحدث الوفاة الفجائية من توقف القلب عقب حدوث صدمة رضية مفاجئة غير نافذة لصدر شخص لا يعاني من مشاكل قلبية ولا يصاحبها عادة أي مظاهر إصابية بالقلب، وهو ما يطلق عليه الارتجاج القلبي (Commotio cordis). هذه الحالات النادرة عادة تشاهد في حالات الرياضيين أثناء مزاولة بعض الأنشطة الرياضية حيث تصطدم الكرة بالصدر فيسقط الرياضي علي الأرض فجأة أو بعد فترة قصيرة جدا بالرغم من كون الصدمة ليست قوية، وعادة (في حوالي نصف الحالات) لا يصاحبها أي مظاهر للصدمة بجدار الصدر أو بالقلب. يري البعض أن هذه الوفيات تحدث نتيجة اضطراب النظم البطيني للقلب (ventricular dysrhythmia) لكون الصدمة حدثت في مرحلة استثارة البطين مثل قمة موجة T. في اعتقادي الشخصي أن هذه الوفيات الفجائية تحدث نتيجة تنبيه العصب الحائر الذي يؤدي بدوره لتثبيط القلب.

الإصابات الرضية للقلب تشاهد عادة في الحوادث المرورية وحوادث السقوط من أعلي وأيضا في حوادث الضرب المباشر لجدار الصدر. هذه الإصابات الرضية عادة يصاحبها إصابات أخرى بالرئتين وكسر بضلع أو أكثر من ضلع وأحيانا يصاحبها كسور بعظمة القص، سواء صاحب ذلك الصدر السائب أو لم يصاحبه. علي أية حال فإن نسبة قليلة من الإصابات الرضية المميتة قد تحدث دون كسور بعظام القفص الصدري أو حتى دون أن تترك

إصابات خارجية بالجلد، وخاصة في حالات الأطفال بسبب مرونة عظام وأنسجة القفص الصدري.

موضع الإصابة الرضية بالقلب غالبا يكون بالسطح الأمامي للقلب (أي يكون معظمها بالبطين الأيمن)، ولكن حدوث كدمات وتمزقات بالسطح الخلفي للقلب وارد الحدوث خاصة في حالة ضغط عجلة القيادة علي الصدر في الحوادث المرورية فينضغط القلب مقابل العمود الفقري من الخلف مع الأضلاع من الأمام.

الإصابة الرضية المباشرة للصدر قد تكون كافية لإحداث كدم بالسطح الأمامي للقلب (غالبا بالبطين الأيمن، وقليلا بالبطين الأيسر أو بالحاجز بين البطينين). تكدم القلب قد يحدث نزيف بجهاز التوصيل بالقلب مما قد يؤدي لإضطراب نظم القلب.

كدم السطح الأمامي للقلب يظهر علي هيئة منطقة من النزيف الأحمر الداكن، ولكن يجب ألا يختلط علينا الكدم الإصابي مع الإحتشاء الحاد المرضي بعضلة القلب. الفحص الميكروسكوبي للكدم يظهر نزيف خلالي مع إصابة ألياف عضلة القلب، بينما يظهر الفحص الميكروسكوبي في حالات احتشاء القلب إصابة الخلايا مع انطلاق إنزيمات خلوية مثل تروبونين (**Troponin**).

كدم السطح الخلفي للقلب يحدث إذا دفع القلب للخلف بشدة وانضغط بالعمود الفقري، وأيضا يجب ألا يختلط الأمر علينا مع حالات الرسوب الدموي الذي يشاهد عادة بالسطح الخلفي بالقلب للمتوفى الراقد علي ظهره بعد الوفاة.

أيضا يجب تمييز الكدم الإصابي عن المظاهر الإصابية التي تصاحب محاولة إنعاش المصاب سواء من خلال التنشيط الخارجي يدويا للقلب، أو التدليك الداخلي للقلب، أو الحقن داخل عضلة القلب.

تكدم القلب عادة يشفي بدون أي مضاعفات، ولكن نادرا ما يؤدي إلي موت وتحلل النسيج (**necrosis**) والذي قد يتمزق بعد عدة أيام من الإصابة مؤديا

لنزيف داخل غشاء التامور، وفي أحوال أخرى قد يتحول لنسيج ليفي ويــؤدي لتكون أم الدم (aneurysm).

في أحوال نادرة قد تصل الإصابة الرضية للسطح الأمــامي للقلــب إلــي الشريان التاجي، وخاصة للفرع الأمامي النازل للشريان التاجي الأيســر. هــذه الإصابة المباشرة للشرايين التاجية قد تؤدي إلي:ــ

* انسداد الشريان بجلطة،
* أو نزيف داخل التغيرات العصيدية (atherosclerosis) للشريان الذي يوجد به ضيق مرضي مزمن،
* أو تمزق إصابي للشريان المريض بأم الدم.

تشخيص الجلطة الإصابية للشريان التاجي لابد أن يؤخذ بحذر للتمييز بينها وبين الجلطة المرضية، ولابد أن يبني التشخيص الإصابي للجلطة علــي أحــد المرئيات التالية:ــ

(١) وجود إصابة بجدار الصدر أو بالقلب مثل كسور بعظام الأضلاع أو بعظمة القص فوق الجلطة الموجودة الشريان التاجي أو تكدم بعضلة القلــب ملاصــق للجلطة الموجودة الشريان التاجي.

(٢) وجود تمزق غير كامل بجدار الشريان التاجي الموجود به الجلطة، وخاصة إذا عاش المصاب لفترة ٨ – ١٢ ساعة بعد الإصابة مع وجود احتشاء بعضــلة القلب.

(٣) الفحص الميكروسكوبي لاحتشاء عضلة القلب يظهر تطابق عمر التغيرات الباثولوجية بالأنسجة مع تاريخ الإصابة.

(٤) فحوص رسم القلب وإنزيمات القلب التي أجريت للمصاب قبل وفاته تتطابق مع تاريخ الإصابة.

في بعض الأحيان لا تحدث الجلطة بالشريان التاجي من الضرب المباشــر للشريان التاجي، ولكن تحدث بطريقة غير مباشرة كمضاعفة للصدمة العصــبية

وركود الدم داخل الأوعية الدموية وخاصة في المصاب الذي يعاني من وجـود تغيرات مرضية عصيدية بالشريان التاجي.

علي أية حال، في أحوال نادرة قد تحدث الإصـابات داخليـا بالقلـب دون حدوث أي مظاهر إصابية بسطح القلب الخارجي أو حتى بالسـطح الخـارجي لجدار الصدر. قد يتمزق الحاجز بين البطينين بمفرده دون أي إصابات أخـرى دون تفسير واضح لذلك. في حوادث تحطم الطائرات قد ينفصل القلب بالكامـل ويصبح سائبا داخل تجويف الصدر.

خامسا:ـ إصابات الأوعية الدموية الكبيرة

القلب يوجد داخل تجويف غشاء التامور معلقا بهذا الغشاء بواسطة شـريان الأورطي والشريان الرئوي والوريد الكهفي العلوي. شريان الأبهر (الأورطي) هو أكثر الشرايين تعرضا للإصابة والتمزق وخاصة في إصابات التباطؤ نتيجة حوادث الطرق وحوادث الطائرات وحوادث السقوط من أعلي. الوريد الكهفـي العلوي والشريان الرئوي نادرا ما يتمزقا.

في إصابات التباطؤ يحدث توقف مفاجئ لحركة الصدر، ولكن نظرا لحرية حركة القلب النسبية داخل الصدر فإنه يحاول الاستمرار في الحركة للأمام ممـا يؤدي للشد علي جذر الأوعية الدموية الكبيرة الموجودة بقاعدة القلب وهذا مـن شأنه أن يؤدي لحدوث تمزق جزئي أو كامل بشريان الأورطي وخاصة بالجزء النازل من قوسه.

تمزق شريان الأورطي عادة يحدث في الجزء النازل من شريان الأورطـي بعد منشأ الشريان تحت الترقوي الأيسر مباشرة. عادة يكون هذا التمزق لشريان الأورطي مقطوعا قطعا حادا كما لو كان حادثا من إصابة بسكين، ويكون حلقي ويقع عمودي علي محور شريان الأورطي. في بعض الأحيـان تكـون هنـاك تمزقات متوازية عديدة في بطانة الشريان (Intima) مجاورة للتمزق الرئيسـي وتسمي تمزقات درجات السلم (Ladder-rung tears). فـي حـالات إصـابات

التباطؤ تشاهد هذه التمزقات غير الكاملة ببطانة الشريان والجزء الداخلي من الطبقة الوسطي (Media) سواء صاحبها تمزق رئيسي بالشريان أم لا. إذا عاش هذا الشخص علي قيد الحياة وأجرى له تصوير للشريان فإن هذه التمزقات غير الكاملة تظهر علي هيئة أم دم كاذب (Aneurysm).

الضغط العنيف علي القلب والجزء الصاعد من شريان الأورطي الموجود داخل غشاء التامور يؤدي إلي الارتفاع المفاجئ في الضغط داخل القلب وداخل شريان الأورطي الذي يؤدي بدوره إلي التمزق الانفجاري للجزء الصاعد من شريان الأورطي وقوس الأورطي. هذا التمزق يشمل جزء من محيط الشريان وليس المحيط الكامل للشريان ويؤدي للوفاة السريعة نتيجة النزيف الدموي وعادة يصاحب هذا الضغط العنيف كسور بعظام الأضلاع العليا والقص.

هذا التمزق الإصابي لشريان الأورطي الصاعد يجب ألا يختلط مع التمزق التلقائي المرضي المصاحب للتنخر الأوسط الحويصلي (cystic medial necrosis) والذي يحدث عادة في هذا الموضع من شريان الأورطي. الفحص بالعين المجردة فقط لا يمكننا من تمييز الحالتين عن بعضهما، ولكن غياب الإصابات مع ظهور مميزات الفحص الميكروسكوبي لهذا التنخر الأوسط الحويصلي يمكن من خلالها تمييز هذه الحالة المرضية عن التمزق الإصابي.

لذلك في كل الحالات التي يشتبه في وجود تمزق إصابي بشريان الأورطي لابد أن نستبعد كل الحالات المرضية التي من شأنها أن تؤدي إلي التمزق التلقائي مثل التصلب العصيدي للشريان، والزهري، وأم الدم، والتنخر الأوسط الحويصلي. لكن وجود مظاهر إصابية بجدار الصدر والقلب في حالة توافر أحد هذه الحالات المرضية لا يمنع من تشخيص التمزق الإصابي.

إصابة الشريان الرئوي في حالات الإصابات الرضية أقل حدوثا من شريان الأورطي، ولكنه قد يحدث من عجلة القيادة في الحوادث المرورية نتيجة كسور عظام الأضلاع وعظمة القص.

في الإصابات الطعنية أي شريان من الشرايين الرئيسية الموجودة عند قاعدة القلب قد تتمزق وخاصة في الإصابات الطعنية بيمين أعلـــي عظمـــة القـــص مباشرة.

سادسا:ــ النزيف بالتجويف الصدري

أي إصابة بجدار الصدر أو بالرئة قد تخترق الأوعيـــة الدمويـــة الرئيســـية والبلورا فتؤدي لنزيف دموي بالتجويف الصدري.

إذا كان التمزق الحادث بالرئة صغيرا فإن كمية النزيف التي تتكون داخـــل التجويف الصدري تكون قليلة بسبب انقباض الأنسجة المرنة للرئتين. كذلك فإن تمزق الشـــرايين بـــين الأضـــلاع (Intercostal arteries) والشـــرايين الثدييـــة (Mammary arteries) تؤدي لنزيف داخل التجويف الصدري بكميـــة بســـيطة مقارنة بالنزيف الغزير الذي يشاهد عند تمزق الأوعية الدموية الكبيرة بالرئة أو القلب أو بالأوعية الدموية الخارجة من القلب.

النزيف الصادر من القلب لكي يتسرب إلي التجويف الصدري يشـــترط أن تكون هناك قطوعا حادة أو تمزقا بغشاء التامور المحيط بالقلـــب، وهـــذا هـــو الحادث غالبا في الإصابات الطعنية والنارية التي تصيب القلب.

الإصابة الرضية للصدر قد تحدث تمطط زائـــد وبالتـــالي تـــؤدي لتمـــزق لالتصاقات البلورا القديمة محدثة لنزيف دموي. كمية هذا النزيف تتوقف علـــي حجم الأوعية الدموية بمنطقة الإلتصاقات.

أحيانا يحدث هذا النزيف بالتجويف الصدري أثناء التداخل الطبي مثل نفـــاذ إبرة البزل داخل الشريان بـــين الأضـــلاع أثنـــاء بـــزل التجويـــف البلـــوري (thoracentesis) لسحب السوائل منه للعلاج أو للتشخيص، وأيضا نتيجة اختراق القسطرة Swan-Ganz catheter للشريان الرئوي. عينة الحقنة التشخيصية مـــن البلورا والرئة، وبزل التجويف البلوري العلاجي أو التشخيصي قد ينتهي بالوفاة

الفجائية أثناء وجود الإبرة داخل التجويف الصدري دون وجود سبب واضح للوفاة، ودون أي مظاهر تشريحية.

تمزق الأوعية الدموية الكبيرة قد ينشأ عنه بضع لترات من الدم تتكون داخل التجويف الصدري، وهذا الدم المتجمع قد يكون سائلا أو متجلطا أو مزيج من الاثنين. هذا النزيف الداخلي قد يؤدي للوفاة حتى لو كان النزيف الخارجي قليلا. قلة النزيف الخارجي قد ترجع لسبب أو أكثر من الأسباب التالية، **الأول:** مرور السكين بصورة مائلة في العضلات بين الأضلاع ونفاذها إلي القلب أو الأوعية الدموية الكبيرة الخارجة من القلب قد تؤدي لنزيف داخل غشاء التامور أو بالتجويف الصدري أو بالاثنين معا وعند خروج السكين من الأنسجة الخارجية التي قطعتها قطعا حادا قد تعمل كالصمام وتغلق الجرح الخارجي. **الثاني:** أن الدم بالتجويف الصدري لا يكون تحت ضغط كبير كضغطه وهو داخل الأوعية الدموية والقلب، وبالتالي لا تكون له قوة دفع كبيرة. **الثالث:** كون الجرح الطعني بمقدم الصدر والجثة ملقاة علي ظهرها وخاصة إذا كان السكين ما زال في الجرح.

سابعا:ــ النزيف داخل القلب وداخل غشاء التامور

النزيف داخل غشاء التامور قد يكون مصدره سطح القلب أو تجاويف القلب أو جذر الأوعية الدموية الكبيرة الخارجة من القلب وخاصة شريان الأورطي والشريان الرئوي. معظم حالات النزيف داخل غشاء التامور تكون نتيجة حالة مرضية مثل تمزق احتشاء قديم لعضلة القلب أو تمزق أم الدم بشريان الأورطي، ولكنه أيضا قد يحدث نتيجة حالة إصابية.

لكي تحدث الإصابة الطعنية بالقلب لابد أن يحدث قطع حاد بغشاء التامور، وبالتالي فإن النزيف المتكون نتيجة الإصابة الطعنية للقلب عادة يتسرب إلي تجويف التامور ثم إلي التجويف الصدري، وأحيانا إلي التجويف البطني في حالة وجود قطوع إصابية بالحجاب الحاجز. لكن إذا كان تراكم النزيف داخل غشاء

التامور يزيد عن كمية خروجه للتجويف الصدري وخاصة إذا انسد جرح التامور بدم متجلط وبالتالي يتكون النزيف داخل غشاء التامور.

في حالة الإصابات الرضية للقلب التي تؤدي لتمزق أو تكدم القلب لا يوجد قطع بغشاء التامور وبالتالي يتراكم الدم داخل غشاء التامور.

عند تراكم الدم داخل غشاء التامور بكمية كافية يزداد الضغط داخل غشاء التامور فيمنع الامتلاء السلبي للأذنين بالقلب أثناء فترة انبساط القلب، وبالتالي يحول ميكانيكيا من انقباض البطينين فتقل كفاءة أداء القلب وينخفض ضغط الدم والضغط الوريدي. هذا من شأنه أن يؤدي للوفاة، ولكن تختلف فرصة الوفاة من حالة لأخرى من حيث كمية الدم اللازم والمدة الزمنية اللازمة لحدوث الوفاة. هناك بعض العلماء يري ضرورة تجمع ٤٠٠ – ٥٠٠ مللي من الدم داخل غشاء التامور ليسبب الوفاة، وإن كانت الخبرات العملية تشير إلي أن الوفيات قد تحدث عند توافر كمية أقل من ذلك بكثير (حوالي ١٥٠ مللي من الدم) وخاصة عند حدوث إصابة بالقلب أو بالشرايين التاجية للقلب.

ثامنا:ــ استرواح الصدر (Pneumothorax)

استرواح الصدر يقصد به دخول الهواء للتجويف الصدري والذي قد ينشأ نتيجة حالة مرضية أو نتيجة تداخل طبي أو نتيجة حالة إصابية.

استرواح الصدر قد يحدث نتيجة حالة مرضية مثل تمزق فقاعات تمدد الحويصلات الهوائية (emphysematous bulla) أو انفجار طرفي لرئة مصابة بالدرن أو تمزق في موضع التصاق ليفي بالبلورا. هذه الحالات المرضية للاسترواح الصدري قد تكون مميتة، وفي بعض الأحيان قد تؤدي للوفاة الفجائية غير المتوقعة، وقد يكون ذلك نتيجة التنبيه للعصب الحائر وتثبيط القلب.

التداخل الطبي الذي قد يصاحبه استرواح للصدر هو التدليك الخارجي للقلب أو إدخال قسطرة تحت الجلد بالوريد تحت الترقوة أو وضع المريض علي جهاز التنفس الصناعي. في دراسة أجريت علي ١٦٨ حالة استرواح للصدر بعد

التداخل الطبي أظهرت أن ٥٤ حالة ظهر بها استرواح الصدر أثناء أو بعد التدليك الخارجي للقلب، وأن ٥١ حدث بها استرواح الصدر نتيجة إدخال قسطرة تحت الجلد بالوريد تحت الترقوة، وأن ٦١ حالة حدث بها استرواح الصدر أثناء وضع المريض علي جهاز التنفس الصناعي، وأن حالتين حدث بهما استرواح الصدر بعد إجراء شق جراحي بالقصبة الهوائية.

دخول الهواء إصابيا للتجويف الصدري قد يتم بطريقة من الطرق الثلاثة التالية:ـ

(١) النوع البسيط

في هذا النوع يحدث تسرب للهواء من خلال البلورا إلي التجويف الصدري ولكن مكان دخول الهواء (مكان الاتصال بالهواء الخارجي) يغلق بسرعة. هذا يؤدي لانكماش الرئة جزئيا، وإذا لم تحدث الوفاة يمتص هذا الهواء لاحقا.

إذا ظل مدخل الهواء مفتوحا قد يحدث ناسور بلوري شعبي **(bronchopleural fistula)** مع بقاء الهواء داخل التجويف الصدري، ولكن هذا الهواء لا يكون تحت ضغط ولذلك لا يمكن اختبار وجوده في التشريح بإجراء اختبار الماء. اختبار الماء يتم بعد رفع الجلد والعضلات عن الصدر ثم تملأ المنطقة بين الجلد والعضلات من جانب وبين الأضلاع من الجانب الآخر بالماء ويدخل مشرط تحت الماء للشق في أي مسافة ضلعية، فإذا حدثت فقاعات دل ذلك علي وجود هواء بالتجويف الصدري. هذا النوع البسيط من استرواح الصدر يتم تشخيصه بإجراء الأشعة العادية قبل إجراء الصفة التشريحية.

(٢) النوع الشبيه بالصمام

في هذا النوع فإن الهواء يتسرب إلي داخل تجويف البلورا عند كل شهيق ولا يخرج مع الزفير. ضخ الهواء للداخل بهذه الطريقة يضغط علي الرئة فيؤدي لانكماشها بالكامل وانحراف مكونات منتصف الصدر للجهة المقابلة. هذا النوع يسهل تشخيصه بخروج فقاعات الهواء عند إجراء اختبار الماء أثناء

إجراء الصفة التشريحية، وإن كان يفضل دائما إجراء الفحص الشعاعي للصدر قبل إجراء الصفة التشريحية حيث إنها الطريقة المثلي لتشخيص كل أنواع استرواح الصدر.

(٣) نوع الجرح الماص

عند وجود جرح يصل بين جدار الصدر والتجويف البلوري يتكون جرح ماص للهواء فيمر الهواء مباشرة من الخارج (أي يدخل الهواء بصفة مستمرة دون علاقة بالشهيق). أشهر الإصابات المحدثة لهذا النوع هي الإصابات الطعنية. يتكون هذا النوع من استرواح الصدر حتى لو أغلقت العضلات والجلد مسار الجرح الطعني بعد خروج السكين، وذلك إذا كانت الأداة قد أحدثت قطع بالرئة مما يؤدي لدخول الهواء للتجويف البلوري من خلال الشعب الهوائية.

إذا كان الجرح الممزق بالرئة قد وصل إلي الوريد الرئوي والشعبة الهوائية المجاورة فإن الهواء الموجود بالشعبة الهوائية قد يدخل إلي الوريد الرئوي ثم ينتقل للأذين والبطين الأيسر للقلب مما قد ينتج عنه سدة هوائية بالقلب أو بالمخ.

عند إجراء الصفة التشريحية في حالات استرواح الصدر تظهر الرئة منكمشة، والحجاب الحاجز يبدو منخسفا ومتقعرا، مع إزاحة للقلب ومكونات منتصف الصدر للجهة المقابلة.

تاسعا:ــ إصابات الحجاب الحاجز

التمزق الإصابي للحجاب الحاجز قد يحدث من الإصابة الرضية الشديدة لأسفل مقدم جدار الصدر. هذا التمزق الإصابي للحجاب الحاجز عادة يصاحبه كسور بالأضلاع وإصابات بالأحشاء الصدرية والبطنية.

هذا التمزق قد يحدث بأحد الطريقين التاليين: الأول، هو قوة الضغط العنيف الواقعة علي أسفل مقدم جدار الصدر التي تؤدي للتمطط الزائد والالتواء للحجاب الحاجز ثم التمزق. الثاني، هو الإزاحة العلوية العنيفة للأحشاء البطنية وارتطامها بالسطح السفلي للحجاب الحاجز والضغط عليه لأعلي مما يؤدي

للتمطط الزائد والتمزق الكامل أو الجزئي الذي يسمح ببروز أجزاء من الأحشاء البطنية لداخل التجويف الصدري.

التمزق الإصابي للحجاب الحاجز أكثر حدوثا بالجانب الأيسر، وربما يرجع ذلك لحماية الكبد للجانب الأيمن من الحجاب الحاجز. تمزق الجانب الأيسر للحجاب الحاجز يسمح بدخول جزء من المعدة أو الأمعاء أو منديل البطن أو الطحال داخل التجويف الصدري. هذا يؤدي للضغط علي الرئة اليسري والقلب وإزاحتهم لليمين. بروز الأحشاء البطنية ودخولها من خلال التمزق للتجويف الصدري يرجع للفرق بين الضغط الإيجابي بتجويف البطن والضغط السلبي بتجويف الصدر.

عاشرا:ــ التهابات وتقيحات الصدر

معظم الإصابات الطعنية وخاصة التي تصل للقلب أو الأوعية الدموية الكبيرة تكون مميتة في خلال دقائق، لكن في الأحوال غير المميتة قد تحدث التهابات أو تقيحات بالبلورا أو الصدر نظرا لكون السكين متسخا أو لدخول جزء من الملابس مع السكين إلي داخل التجويف الصدري.

إذا لم يتم بزل الدماء الموجودة بالتجويف الصدري في الحالات الإصابية التي ينتج عنها نزيف بالتجويف الصدري، فإن هذه الدماء تتحلل وتحدث بها تغيرات لونية من اللون الأحمر إلي اللون البني مع تكون راسب صبغي بني اللون مع سائل عكر بني اللون أيضا. هذا الدم يتخفف بالارتشاحات المصلية. هذه الحالة مجتمعة من تمزق بالرئة مع التجمع الدموي والإرتشاحات المصلية بالتجويف الصدري تصبح عرضة للالتهابات فينتج الالتهاب الرئوي وخراريج بالرئة والتهابات بالغشاء البلوري (Pleurisy) وتجمع صديدي داخل تجويف البلورا (Empyema).



الفصل السابع

إصابات البطن

الفصل السابع

إصابات البطن

الإصابات الطعنية للبطن

(أ) الإصابات الطعنية للبطن شائعة الحدوث. الإصابة الطعنية للكبد والطحال عادة تسبب نزيف غزير داخل التجويف البطني.

(ب) نظرا لأن الأمعاء ومساريقها تشغل جزء كبير من جدار البطن الأمامي، فإنها عادة تكون هدفا سهلا للإصابات الطعنية الواقعة علي جدار البطن. إصابة الأمعاء والمساريقا عادة تكون متعددة بسبب طبيعة التفافها.

(ج) المعدة عادة تكون محمية جزئيا بالحافة الضلعية، ولذلك فهي من أقل أعضاء البطن إصابة، ولكن هذا لا يمنع من حدوث إصابة المعدة من خلال الجرح الطعني بالصدر الذي ينفذ من خلال الحجاب الحاجز إلي التجويف البطني والمعدة.

(د) الإصابات الطعنية للكليتين نادرة الحدوث، إلا إذا جاءت الضربة من الخلف.

الإصابات الرضية للبطن

الإصابات الرضية للبطن شائعة الحدوث سواء في حالات الاعتداءات الجنائية أو الحوادث المرورية. نظرا لأن جدار البطن الأمامي مكون من جلد وعضلات فقط دون عظام فهو رخو وقابل للانضغاط مما يجعل قوة الأداة الراضة الصادمة له تنتقل للأحشاء البطنية الداخلية وبالتالي تحدث إصاباتها.

شدة إصابة الأعضاء البطنية تعتمد علي حجم الأداة الضاربة، وقوة الضربة، ونوع العضو المصاب، وحالة هذا العضو لحظة وقوع الإصابة.

الأداة الضاربة قد تكون عامة تشمل كل جدار البطن الأمامي مثل دهس البطن في الحوادث المرورية، أو تكون موضعية تشمل جزء محدد من البطن مثل الركل. عادة تكون الإصابات الرضية الجنائية إصابات موضعية.

أما فيما يخص قوة الضربة فإن هناك علاقة طردية بين قوة الضربة وشدة إصابة الأحشاء البطنية، فكلما زادت قوة الضربة كلما زادت شدة إصابة العضو والعكس صحيح.

كذلك فإن نوع العضو يحدد طبيعة الإصابة. فنظرا لكون الكبد والطحال أعضاء مصمتة وطرية وممتلئة بالأوعية الدموية فإن إصابتها عادة تكون في صورة تمزق أو هرس. أما الأمعاء والمعدة فنظرا لكونهما أعضاء مجوفة ومتمددة فإن إصابتها تكون في صورة انفجار نظرا لسرعة زيادة الضغط الداخلي بها نتيجة ارتطام الأداة الضاربة.

أخيرا تؤثر حالة العضو لحظة تلقي الضربة في شدة الإصابة، فالضربة للمعدة والمثانة الممتلئة تكون أشد منها في حالة المعدة والمثانة الفارغة.

انخفض معدل إصابات البطن من جراء ارتطام عجلة القيادة ببطن السائق في الحوادث المرورية بسبب استخدام حزام الأمان والوسادة الهوائية، وقد تم ذكر ذلك في كتابنا عن حوادث الطرق. الإصابات الرضية لجدار البطن الأمامي قد تظهر علي هيئة:ـــ

(١) كدمات جدار البطن

تكدم طبقة الجلد والعضلات بجدار البطن شائع الحدوث، ولكن هذه الكدمات أقل حدوثا وظهورا من باقي أجزاء الجسد لعدم وجود عظام بجدار البطن الأمامي ومرونة هذا الجدار وقابليته للانضغاط مما يسمح بإزاحة جدار البطن للخلف فتقل فرصة ظهور الكدم. العظام في الأطراف وفي الصدر تجعل الجلد والعضلات تنضغط بين الأداة الراضة والعظام فيما يعرف بالمطرقة والسندان مما يسهل فرصة ظهور الكدم. تطبيقا علي ذلك، فإن بعض الإصابات الشديدة بالأحشاء البطنية والتي قد تكون مميتة قد لا يشاهد بالجلد مقابلها أي مظاهر اصابية بجدار البطن وذلك خاصة في حالة ارتداء ملابس عديدة أو في حالة اتساع سطح الأداة الضاربة.

إن إصابات جدار البطن الأمامي من أكثر الإصـــابات الخادعـــة للأطبـــاء المعالجين، فقد يذهب المصاب إليهم يشكو من ألم بالبطن فقط دون وجـــود أي مظاهر إصابية واضحة بجدار البطن فيتم توقيع الكشف الطبي عليه ثم يصرف من المستشفي. بعد بضع ساعات أو حتى بضع أيام يعثر علي المذكور متوفيـــا وبه نزيف غزير بتجويف البطن وخاصة نتيجة تمزق المســـاريقا أو الطحـــال. لذلك نحن ننصح الأطباء دائما بأنه في الحالات التي يذكر فيها المصاب تعرضه للضرب بالبطن لابد من إجراء فحص بالموجات فوق الصوتية ومتابعة ضـــغط المريض لبضع ساعات قبل السماح بخروجه للمستشفي حتى لا يتعرض الطبيب المعالج للمساءلة الجنائية عن خطأ طبي. كذلك فإن أي ضابط شرطة في قســـم شرطة تعرض عليه حالات مشاجرات لابد من سرعة إرســـال المـــدعين إلـــي المستشفي لتوقيع الكشف الطبي عليهم وإعداد تقرير عن ذلك حتى لا يحدث ما لا يحمد عقباه وتحدث وفاة الشخص داخل قسم الشرطة من جراء إصابته، وذلك حتى لو لم تكن هناك بالمدعين أي مظاهر إصابية واضحة وخاصة أن بعـــض هؤلاء الأشخاص يكون تحت تأثير مادة مخدرة أو عقار مهدئ للأعصاب ممـــا يقلل إحساسه بالألم.

إذا كان النزيف تحت الجلد نتيجة الإصابة غزير فإنه قد ينتقل من موضـــع الإصابة لينتشر علي مساحة أكبر من جدار البطن خاصة إذا كان فـــي الجـــزء السفلي من البطن. هذا الدم قد يتسرب إلي المنطقة الأربية ويظهر بكيس الصفن أو بالشفرين بالمهبل.

(٢) <u>إصابات الكبد</u>

يقع الكبد في الربع العلوي الأيمن من البطن ويتكون من فصين (فص أيمن وفص أيسر)، وهو محمي جزئيا بالأضلاع اليمنى السفلي والنتـــوء الخنجـــري (Xiphoid process) لعظمة القص، وهو أكبر عضو صلد في البطن.

الكبد من أكثر أعضاء البطن تعرضا للإصابة نظرا لكبر حجمه، ووضعه التشريحي بأعلى البطن، وطبيعته الجامدة وبالتالي قلة مرونته في التعامل مع الإصابة.

الكبد المريض مثل الكبد الذي يعاني من التهاب الكبد أو غيرها من الحالات المريضة يكون أكثر عرضة للتأذي عند تعرضه للإصابة مقارنة بالكبد غير المريض وذلك لكونه أكثر هشاشة وسهل التمزق.

الإصابة الرضية الموضعية للربع العلوي الأيمن من البطن عادة تحدث تمزق بالكبد. هذا التمزق قد يصاحبه كسور بالأضلاع اليمني السفلي، وخاصة مع كبر السن نظرا لتكلس عظام الأضلاع مع تقدم العمر. معدل إصابة الفص الأيمن للكبد تعادل خمسة أضعاف إصابة الفص الأيسر، وغالبا يكون التأذي بالسطح الأمامي للكبد.

تمزق الكبد قد يمتد عبر الكبسولة وجوهر نسيج الكبد (transcapsular) أو يكون التمزق واقعا بجوهر نسيج الكبد مع سلامة الكبسولة (subcapsular). أي إصابة موضعية شديدة لمقدم الكبد تضغط الكبد للخلف وللخارج فتحدث تمزق تحت الكبسولة. أحيانا تؤدي الضربة إلي خلع الكبسولة عن نسيج الكبد فيتكون نزيف دموي تحت الكبسولة. هذا النزيف الدموي قد يشفي ويتحول إلي نسيج ليفي سميك كالكبسولة أو يزيد في الحجم فتتمزق الكبسولة ويخرج النزيف إلي داخل التجويف البريتوني. تمزق الكبسولة قد يحدث بعد عدة أيام من الإصابة.

تشير تجارب العلماء إلي أن القوة التي يتولد عنها طاقة ٢٧-٣٤ قدم/رطل تحدث تمزق بالكبسولة فقط، وأن القوة التي يتولد عنها طاقة ١٠٦-١٣٤ قدم/رطل تحدث تمزق بنسيج الكبد مع بعض الاضطراب في القناة المرارية الصغرى أو الشرايين الكبدية، وأن القوة التي يتولد عنها طاقة ٢٨٥-٣٦٠ قدم/رطل تحدث تمزق شديد بنسيج الكبد والشريان الكبدي والوريد البابي والقنوات المرارية.

الإصابة الرضية الشديدة للبطن قد تؤدي لتأذي الأثني عشر، وخاصة بالجزء الرابع بالقرب من رباط Treitz حيث ينضغط هذا الجزء بين جدار البطن الأمامي والفقرات القطنية للعمود الفقري. هذا التأذي قد يكون علي هيئة كدم أو انثقاب أو حتى الانفصال الكامل إلي جزأين. الانثقاب قد يحدث فورا بعد الإصابة أو متأخرا بعد ساعات أو أيام نتيجة موات الأنسجة المتعرضة للكدم. إذا كان الأثني عشر ممتلئا لحظة الضربة فقد يتمزق الأثني عشر، ويكون هذا التمزق صغير وبيضاوي الشكل وحوافيه متكدمة.

التمزق التلقائي (مرضي) للأمعاء الدقيقة يمكن أن يحدث من الأحتشاء نتيجة اختناق جزء من الأمعاء أو أمراض التقرحات للبطانة المخاطية أو تخثر الأوعية الدموية للمساريقا.

إصابة المساريقا قد تتلف الأوعية الدموية الموضعية دون حدوث نزيف غزير، ولكن قد تؤدي لانسدادهم أو إحداث جلطة مما ينتج عنه احتشاء بالأمعاء بالدقيقة. كذلك قد تنثقب المساريقا بعد يوم أو يومين في الأطفال والمسنين وبالتالي تظهر بعد عدة أيام مظاهر الإلتهاب البريتوني.

(٦) إصابات الأمعاء الغليظة

تختلف الأمعاء الغليظة عن الأمعاء الدقيقة في كبر قطرها، وهي أكثر ثباتا في موضعها، وأقل قابلية للإصابة. لذلك فإن الأمعاء الغليظة نادرا ما تتأذي من الإصابات الرضية للبطن ما لم تكن الإصابة شديدة جدا. الجزء المنصف للقولون المستعرض هو الأكثر تعرضا للإصابة نظرا لانحشاره بين الأداة الضاربة والعمود الفقري.

هناك حالات معروفة حدثت أدت لتمزق المستقيم والقولون الحوضي (Sigmoid) نتيجة وضع خرطوم هواء عالي الضغط (مثل خرطوم نفخ إطارات السيارات) داخل أو بالقرب من فتحة الشرج. أيضا قد يحدث تمزق الأمعاء

الغليظة نتيجة إدخال أجسام غريبة أو اليد أو أشياء أخـرى للإثـارة الجنسـية الشاذة.

تمزق الأمعاء الغليظة قد يحدث كذلك أثناء منظـار القولـون أو المنظـار الشرجي أو الحقنة الشرجية.

<u>(٧) إصابات الطحال</u>

يقع الطحال في الربع العلوي الأيسر من البطن ويمتد إلي منتصـف أعلـي البطن، ويقع بين قاع المعدة **(fundus)** والحجاب الحاجز.

الطحال هو من أكثر الأعضاء البطنية عرضة للإصابات الرضـية لجـدار البطن وأسفل الصدر، ولكن معدل إصابته يقل عن معدل إصابة الكبـد نظـرا لصغر حجمه مقارنة بالكبد وتمتعه بحماية جيدة من الأضلاع اليسري السفلي.

الانفجار أو التمزق التلقائي للطحال قد يحدث في حالات الطحال المتضـخم المريض مثل حالات الملاريا وسرطان الدم والزيـادة المفرطـة فـي خلايـا المونوسايت **(infectious mononucleosis)** والبلهارسيا. هذا الانفجار قـد يحـدث إصابيا بضربة تافهة لا يمكن أن تسبب أي أذي للطحال السليم لأن هذا الطحال المريض قبل الإصابة يكون أكثر هشاشة ويسهل تمزقه مقارنة بالطحال السليم.

في حالات شديدة الندرة قد يتمزق الطحال أثناء التنشـيط الرئـوي القلبـي اليدوي، وخاصة إذا كان الطحال متضخما.

الإصابة الرضية الشديدة للربع العلوي الأيسر من البطن قد تحدث تمزق أو انفجار بالطحال. حجم التأذي الحادث بالطحال يعتمد علي شدة الضربة وعلـي مساحة الأداة الضاربة. هذا التأذي يتروح من تمزق سطحي صغير بالكبسـولة إلي التمزق الكامل بنسيج الطحال.

تمزق الطحال قد يحدث من الضربة المباشرة لسطح الطحال أو نتيجة الشد علي عنقه (pedicle). هذا التمزق قد يشمل الكبسولة ونسيج الطحال فيحدث نزيفا فوريا بالتجويف البطني، ولكن في أحيان أخرى قد يتكون النزيف تحت الكبسولة

مع سلامة الكبسولة فلا تظهر مشكلة هذا النزيف إلا بعد بضعة ساعات أو أيام أو حتى أسابيع عندما يكبر حجم هذا النزيف وتتمزق الكبسولة تحت ضغطه فيخرج النزيف للتجويف البطني، وقد لا يكتشف تمزق الطحال إلا عند إجراء الصفة التشريحية لشخص مات فجأة بعد بضعة أيام من تعرضه لضربة بالبطن أو أسفل الصدر. أثناء فترة تجمع النزيف تحت الكبسولة قد لا يشكو المريض من أي أعراض أو يشكو من مجرد ألم غامض بالبطن.

(٨) إصابات الكليتين

تقع الكليتين في الجزء الخلفي من البطن علي جانبي العمود الفقري خلف البريتون. مستوي الكلية اليمني منخفض قليلا عن الكلية اليسري. السطح الخلفي والجزء العلوي للرئة اليمني تقع علي الضلع الثاني عشر، أما الكلية اليسري فتقع علي الضلعين الحادي عشر والثاني عشر.

السطح الأمامي للكلية اليمني يلامس الغدة الكظرية اليمني والكبد وانحناءة القولون اليمني، بينما يلامس السطح الأمامي للكلية اليسري الغدة الكظرية اليسري والمعدة والطحال والصائم والأمعاء الغليظة.

إصابات الكليتين شديدة الندرة في حالة الإصابات الرضية بجدار البطن الأمامي نظرا لوجودهما بخلفية البطن بجوار العمود الفقري، ولكنها أكثر حدوثا مع الرفس والضربات القوية الموجهة لمنطقة الخصر التي تؤدي لهرس الكلية بين جدار البطن والفقرات القطنية، وكذلك في حوادث الصدم والدهس للمشاه والسقوط من أعلي عندما تكون هناك إصابات رضية شديدة للتجويف البطني.

إذا كانت الإصابة الرضية شديدة واستطاعت أن تصل مباشرة للكلية فإن أي إصابة يمكن أن تشاهد بها من مجرد التكدم، أو التمزق السطحي المستعرض بنسيج الكلية مع سلامة الكبسولة، إلي الانفصال الكامل عبر اللب. الإصابات الرضية التي تحدث تمزق شديد بالكلية الذي يصل إلي الانفصال الكامل نادرة

الحدوث، ولا تحدث إلا عندما تكون هناك إصابات شديدة للأعضـــاء البطنيـــة الأخرى.

النزيف حول الكليتين أكثر حدوثا من تأذي الكلية نفسها. إصـــابة الأوعيـــة الدموية قد تحدث احتشاء بنسيج الكلي والذي قد تظهر أعراضه بعد بضعة أيام. إن وجود الدم في البول عقب ضربة لموضع الكلية لهو دليل أكيد علي حـــدوث إصابة بالكلية وخاصة تكدم الكلية. لكن من الصعب تمييز النزيف الحادث مـــن الضرب المباشر للأوعية الدموية فوق الكلوية عن النزيف الـــذي يحـــدث بعـــد الصدمة (post-stress haemorrhage) والذي يكون عادة فوق الكليتين، ويحـــدث بعد أيام قليلة من أي إصابة في أي موضع بالجسم، أو بعد تداخل جراحـــي، أو مع إصابة ميكروبية، ونادرا ما يتم تشخيصه.

الفشل الكلوي أمر وارد الحدوث نتيجة الإصابات الرضية المفرطـــة الـــذي يحدث إصابات عاصرة (crush injury). التمزق التلقائي للكلية السليمة لا يمكن حدوثه.

(٩) إصابات البنكرياس

يقع البنكرياس خلف الغشاء البريتوني بالقرب من جـــدار الـــبطن الخلفـــي، ويتكون من رأس وعنق وجسم وذيل. رأس البنكرياس يوجـــد داخـــل انحنـــاءة الأثني عشر، ويوجد العنق والجسم بالقرب من الوريد البابي والوريـــد الكهفـــي السفلي وشريان الأورطي البطني فوق الفقرة القطنية الثانية. أما الذيل فيعبر فوق الجزء العلوي من الكلية اليسري لينتهي عند السطح المعدي للطحـــال ملامســـا للانحناءة اليسري للقولون.

الإصابة الرضية للبنكرياس ليست شائعة نظرا لوضعه بخلفية جدار البطن، ووجوده علي مسافة بعيدة من جدار البطن الأمامي. الضربة الموضعية القويـــة لأعلي منتصف البطن قد تحدث تأذي للبنكرياس خاصة عند انحشار البنكرياس بين الأداة الضاربة والفقرة القطنية الثانية. هذا التأذي قد يظهر علي هيئة كدم أو

تمزق أو حتى انفصال كامل إلي جزأين. حدوث التمزق أو الانفصال للبنكرياس يؤدي لإصابة قناة البنكرياس ونزول إفرازات البنكرياس إلي التجويف البطني وحدوث الإلتهاب البريتوني.

إصابة البنكرياس الرضية قد يتخلف عنها أكياس زائفة (Pseudocysts)، سواء كانت هذه الأكياس حول البنكرياس أو داخل البنكرياس. يتجمع الدم داخل هذه الأكياس الزائفة مكونا تجمع دموي الذي يتلاشي غالبا تاركا كيس به سائل رائق. جدار هذا الكيس يكون خاليا من النسيج الظهاري (epithelial) ويحتوي علي خلايا أكولة معبأة بالهيموسيدرن (hemosiderin-laden macrophages) مع راسب الهيموسيدرن في جدار النسيج الليفي. هذه الأكياس الزائفة الإصابية لا تحدث نتيجة التأثير الإصابي المباشر بل تحدث نتيجة التهاب البنكرياس المصاحب للإصابة.

يمكن تمييز أكياس العيوب الخلقية أو أكياس الأورام عن الأكياس الزائفة الإصابية في احتوائها علي بطانة من النسيج الظهاري.

<u>(١٠) إصابات الحوض</u>

(أ) الإصابات الرضية المباشرة لأسفل مقدم البطن ومنطقة الحوض مثل الدهس بإطارات السيارة تؤدي عادة إلي تفلطح عظام الارتفاق العاني، وانفصالها عن بعضها البعض، مع خلع مفصل أو مفصلي العجزي الحرقفي (Sacro-iliac joint).

(ب) الإصابة القوية لأحد جانبي الحوض قد تؤدي إلي كسور بشعبة العانة العلوية (Superior pubic ramus) أو السفلية وقد تؤدي أيضا لخلع المفصل العجزي الحرقفي.

(ج) في حالة السقوط من أعلي علي القدمين تنتقل القوة عبر القدمين لأعلي فتؤدي لخلع عظام الورك (hip joint)، أو يؤدي لاختراق رأس عظمة الفخذ

لجوف الحق (Acetabulum). إذا ظل عظام الورك سليما فإن هذه القوة تنتقل إلي عظام الحوض وقد تؤدي إلي خلع المفصل العجزي الحرقفي.

(د) الرفس أو السقوط من أعلي علي أسفل العمود الفقري قد يؤدي لكسور بعظام العصعص أو الفقرات العجزية.

(هـ) معظم أعضاء الحوض عادة محمية من الإصابات الرضية باستثناء المثانة. تقع المثانة البولية الفارغة عند البالغين داخل الحوض خلف الارتفاق العاني، وتصل عند امتلائها بالبول داخل التجويف البطني. أما في الأطفال فإن السطح الأمامي للمثانة يقع في الثلثين السفليين من البطن بين السرة والارتفاق العاني.

الإصابات الشديدة لمنطقة الحوض وأسفل البطن قد تحدث تأذي بالمثانة. درجة ونوع تأذي المثانة يعتمد عادة علي حجم البول بالمثانة. يوجد نوعين من تمزق المثانة وهما التمزق خارج البريتون (extra-peritoneal)، والتمزق داخل البريتون (intra-peritoneal).

التمزق خارج البريتون يحدث عندما تكون المثانة فارغة أو بها كمية قليلة من البول، وبالتالي فإن المثانة تقع داخل الحوض وتكون محمية بعظام الحوض القوية. في هذه الحالة يكون تمزق المثانة عادة مصحوب بكسور بعظام الحوض، ولكن هذا لا يمنع من إمكانية تمزقها في حالات نادرة دون كسور عظام الحوض عندما تكون هناك ضربة موضعية لأسفل جدار البطن ولكن موجهة لأسفل تجاه منطقة الحوض.

التمزق داخل البريتون يحدث عندما تكون المثانة ممتلئة بالبول. في هذه الحالة أي ضربة قوية أو رفسة بأسفل مقدم جدار البطن تنضغط خلفية جدار المثانة مع عظام العجز (Sacrum) فيرتفع الضغط داخل تجويف المثانة فتتمزق ويدخل البول داخل التجويف البطني.

تمزق المثانة قد يحدث أيضا بإدخال منظار أو أدوات للمثانة لأغراض تشخيصية أو علاجية.

(و) إصابة الرحم لغير الحامل في الإصابات الرضية الموجهة للبطن شديدة الندرة، وعادة إذا حدث فإنه يكون مصحوبا بكسور شديدة بعظام الحوض. أما في الرحم للحامل فإن تأذي الرحم والجنين وارد الحدوث في حالات الإصابات غير المباشرة مثل الحوادث المرورية والسقوط من أعلي، وقليلا ما يحدث نتيجة الإصابة الرضية المباشرة لجدار البطن.

الإصابة الرضية المباشرة لجدار البطن قد تؤدي لانفصال المشيمة من جدار الرحم. هذا الانفصال يحدث عادة عقب حدوث الضربة مباشرة، ولكن مظاهره قد تتأخر لبضع ساعات. هذا التأخر في ظهور الأعراض عادة يرجع لكون موضع الانفصال صغير مما يسمح بتكوين تجمع دموي خلف المشيمة، والذي قد يستغرق وقتا قصيرا ليكبر ويقتل الجنين. كذلك قد يحدث انفصال المشيمة نتيجة انحراف الرحم مع الحركة العنيفة في حالة الإصابات الرضية غير المباشرة.

عقب وفاة الجنين عادة تبدأ أعراض الولادة في خلال ٤٨ ساعة، ولكنها قليلا ما تتأخر لبضعة أسابيع. أثناء بقاء الجنين المتوفى بالرحم قد يحدث للمرأة تجلط منتثر داخل الأوعية الدموية (**disseminated intravascular coaulopathy**).

إذا كانت الصدمة للبطن والحوض شديدة قد تحدث كسور بعظام الحوض. هذه الكسور قد تندفع أو ترتشق بالرحم والجنين محدثة به كسور بعظام الجمجمة أو تهتك بالأحشاء الداخلية.

(ز) قناة مجري البول (الإحليل – **Urethra**) عند الرجل عرضة للإصابة الرضية المباشرة سواء من السقوط علي جسم ناتئ أو الضرب المباشر بعصا أو الركل وغيره، وذلك بسبب انضغاط مجري البول بين عظام العانة والأداة الراضة.

(ح) كيس الصفن عرضة للكدمات الشديدة وخاصة كـدمات الركـل، وقـد يتكون نزيف دموي غزير داخل كيس الصفن. الإصابة الرضية لكيس الصفن قد تؤدي للوفاة نتيجة تنبيه العصب الحائر.

مضاعفات إصابات البطن

(١) النزيف الدموي

النزيف الدموي من أي عضو من أعضاء البطن هـو أكثـر مضـاعفات إصابات البطن، سواء كانت إصابات رضية أو إصابات نافذة، وهو من أكثـر أسباب الوفيات في هذه الإصابات.

(أ) الطحال والمساريقا عادة تنزف بسرعة وبغزارة، ومع ذلك في بعض الأحيان قد تتأخر ظهور أعراض النزيف أو الوفاة لعدة ساعات أو حتى بضـعة أيـام وخاصة في حالة نزيف الطحال تحت الكبسولة. علي أية حال فإن معظم نزيف المساريقا يكون حاد نظرا لكون الأوعية الدموية للمساريقا غير مغطاة بالنسـيج المسمي (Parenchymatous).

(ب) عادة يكون نزيف الكبد بطئ ما لم يصاحبه إصابة لوعاء دموي رئيسـي بالكبد أو تكون الإصابة واقعة علي مساحة كبيرة من نسيج الكبد.

(ج) جميع أنزفة البطن عدا النزيف الصادر من جرح الأورطي البطني تستغرق وقت حتى تصبح مؤثرة علي صحة الشخص المصاب، ولذلك فـإن المصـاب يتحرك بكامل قواه دون عائق ويتكلم بكامل وعيه ما لم تكن هنـاك إصـابات أخرى مؤثرة بالأعضاء الحيوية، بل إن النزيف ليس بالضرورة أن يكون مؤلما، فالمصاب عادة يتحدث بصورة طبيعية دون أي مظاهر للألم.

(٢) الإلتهابات

انثقاب الأحشاء البطنية من المضاعفات الشهيرة والخطيرة لإصابات البطن. هذا الانثقاب الحادث عادة للمعدة أو الأثني عشر يؤدي لالتهاب بريتوني كيميائي الذي يسبب صدمة وقتية شديدة، وربما تكون عامل هام في الوفاة. تمزق الأمعاء



شكل (٤٩)
كسر قطعى بعظام الجمجمة



شكل (٥٠)
كدمات حمراء اللون



شكل (٥١)
كدم بنفسجي مختلط بلون أحمر



شكل (٥٢)
كدم بلون اخضر



شكل (٥٣)
تهتك بالكبد نتيجة الركل



شكل (٥٤)
كبسولات معبأة بمادة مخدرة
يتم تهريبها داخل جسم الإنسان



شكل (٥٥)
كبسولات معبأة بمادة مخدرة
داخل الأمعاء



شكل (٥٦)
إنفجار كبسولة معبأة
بمادة مخدرة داخل الأمعاء

الدقيقة أو الغليظة أقل تأثيرا علي سرعة حدوث الوفاة، وإذا استمر المصاب علي قيد الحياة فإنه قد يعاني من التهاب بريتوني عام.

كذلك فإن جروح البطن المفتوحة قد تؤدي لإدخال ميكروبات من الخارج للتجويف البريتوني. هذا من شأنه أن يؤدي للالتهاب البريتوني.

(٣) الانسداد المعوي

الإصابة الرضية للأمعاء قد تؤدي إلي انسداد معوي لا يستجيب للعلاج.

(٤) حدوث أذية البنكرياس قد يؤدي إلي تحلل دهني (fat necrosis) منتشر بالمساريقا ومنديل البطن.

الأجسام الغريبة بالجهاز الهضمي

الشخص الذي يعاني من اضطراب الحالة العقلية قد يبتلع أي شيء يتوافر أمامه وبكميات كبيرة مثل المسامير وقطع الزجاج والدبابيس والتي قد توجد في الفم أو المريء أو المعدة أو الأمعاء، ولكنها أكثر تواجدا بالمعدة.

كذلك قد يتم إدخال أي أجسام غريبة بفتحة الشرج أو المستقيم أو المهبل أو مجري البول. بعض واضعو هذه الأشياء يكونوا مضطربو الحالة العقلية والبعض الآخر يقوم بذلك كنوع من أنواع الشذوذ الجنسي.

كذلك في بعض الأحيان يقوم مهرب المخدرات عبر الدول بابتلاع كمية من المخدرات (Body packer syndrome) (شكل ٥٥) وتهريبها جوا من دولة لأخرى بوضعها في عبوات مغلفة تغليفا جيدا ويتم ابتلاعها قبل دخوله المطار أو في المطار أو حتى في الطائرة بعد غمسها في زيت يسمح بسهولة حركتها عند الابتلاع وفي ذات الوقت يعمل كعازل يعوق عملية الامتصاص. عند نزول الشخص للدولة التي تم التهريب إليها يترك يتبرز ويتم الحصول علي هذه المواد المخدرة. هذه المواد قد تؤدي لانسداد معوي أو قد يتحلل غلافها فتمتص المادة المخدرة وتحدث التسمم والوفاة. إحدى الحالات التي قمت بإجراء الصفة التشريحية لها عثرت بأمعاء المتوفى علي ٤٩ عبوة مواد مخدرة سليمة وعبوة

ممزقة داخل الأمعاء الدقيقة (شكل ٥٦) وكانت المادة المخــدرة داخــل هــذه العبوات هي الكوكايين، وكل واحدة منها تزن ١٠ جرام تقريبا وكان مجمــوع أوزانهم ٥٠٨ جرام، وكانت العبوة الممزقة قد أحدثت أنزفة وثقب بجدار الأثني عشر وأدت للوفاة.

أيضا في بعض الأحيان يقوم شخص حائز لمادة أو أقراص مخدرة أو منومة أو منشطة أثناء مداهمة الشرطة لوكر تعاطي مخدرات بمحاولة ابتلاع المــواد المخدرة حتى لا يقبض عليه متلبسا بحيازتها، وهذه الحالة تسمي **Body stuffer**. هذه الحالات بالرغم من أن كمية المخدرات المبتلعة أقل بكثيــر مــن حــالات التهريب إلا أنها أكثر خطورة علي صحة المبتلع نظرا لعدم تغليفهــا وبالتــالي فإنها تمتص بالكامل وتحدث تأثيراتها السمية بالجســم. أحيانــا يقــوم بعــض المساجين بابتلاع بعض هذه المواد المغلفة بتغليف رديء وذلك لتهريبهــا إلــي داخل السجن وبيعها للمساجين. وقد يكون حجم المادة المخدرة المبتلعــة كبيــر فينحشر بالمسالك الهوائية ولا ينزل للمعدة فتحــدث الوفــاة نتيجــة أسفكســيا الغصص.

أحيانا يدخل بعض معتادي الإجرام أدوات حادة مثل شفرة موس الحلاقة في فتحة الشرج وذلك ليمر بها من التفتيش عند دخوله لمحبسه وذلك لاستخدامها في تهديد المساجين الآخرين.



الفصل الثامن

الإصابات التى يحدثها الشخص بنفسه

الفصل الثامن

الإصابات التي يحدثها الشخص بنفسه

الإصابات التي يحدثها الشخص بنفسه قد تكون:ــ

(١) الإصابات التي يحدثها الشخص بنفسه بغرض الانتحار أو محاولة الانتحار.

(٢) الإصابات التي يحدثها الشخص بنفسه نتيجة اضطراب عقلي.

(٣) الإصابات المفتعلة.

أولا:ــ الإصابات التي يحدثها الشخص بنفسه بغرض الانتحار

طبقا للأرقام الصادرة عن منظمة الصحة العالمية فإن متوسط عدد حالات الانتحار علي مستوي دول العالم يتراوح ما بين ٤٤٠ ألف – ٨٠٠ ألف في العام الواحد. علي سبيل المثال متوسط حالات الانتحار في أمريكا يصل إلي ١١.٦ لكل ١٠٠ ألف شخص وهي تمثل السبب التاسع للوفيات في أمريكا. تشير الدراسات أن حالة انتحار واحدة حدثت من كل ٢٥ محاولة انتحار. أي أن كل ٢٥ محاولة انتحار انتهت حالة واحدة منهم بالوفاة وهناك ٢٤ حالة لم تكتمل فيها حالة الانتحار. في فرنسا وصلت محاولات الانتحار إلي ٩٠ ألف – ١١٥ ألف في السنة بمعدل يصل إلي ٢٠٠ شخص لكل ١٠٠ ألف مواطن فرنسي فوق ١٥ سنة. يشاهد في حالات الانتحار معظم المظاهر التالية أو بعضها:ــ

(١) الظروف المحيطة

غالبا توجد مؤشرات للفعل الانتحاري مثل المرض النفسي والاكتئاب أو مشاكل مالية أو فشل في العمل أو فشل دراسي أو انتهاء علاقة حب عنيفة.

التاريخ الشخصي للمتوفى يجب أن يسأل عنه جيدا في حالة الاشتباه في الانتحار. قد يظهر السؤال عن التاريخ الشخصي للمتوفى وجود مشاكل مالية أو عاطفية أو دراسية أو اجتماعية. كذلك قد يظهر أن هذا الشخص يعاني من اكتئاب منذ أمد بعيد أو كان يهدد بالانتحار أو حاول الانتحار في الماضي ولم تنجح محاولته. كذلك قد يؤكد الطبيب المعالج أن هذا الشخص كان يعاني من

اضطرابات نفسية. علي النقيض من ذلك كله قد يكون التاريخ الشخصي له خالي من أية دوافع للانتحار. قد تكون هناك محاولات انتحار سابقة.

(٢) مسرح الحادث قد يشاهد به بعض أو معظم المظاهر التالية:ـ

(أ) غالبا يختار المنتحر مكان منعزل مثل غرفته المغلقة، ولذلك فإن معظم حالات الانتحار لا يكون فيها شهود. لكن في حالات قليلة يكون فيها المنتحر في قمة الاكتئاب وينتحر أمام الآخرين.

(ب) تعتبر رسالة الانتحار (إن وجدت) من أهم دلائل الانتحار. تشاهد رسالة الانتحار في حوالي ربع حالات الانتحار. رسالة الانتحار قد تكون مكتوبة بخط اليد أو علي الآلة الكاتبة أو الكمبيوتر أو مسجلة علي شريط كاسيت. إذا كانت مكتوبة بخط اليد يجب أن تفحص وتقارن مع كتابات سابقة للمتوفى عن طريق خبير أبحاث التزييف والتزوير للتأكد من كون هذا الخط هو خط المتوفى. وحيث إنه هناك العديد من الحالات الجنائية المسجلة التي يكتب فيها الجاني رسالة انتحار ويتركها بجوار المتوفى، لذا يجب عدم التسليم بأي رسالة ألا بعد فحصها.

معظم رسائل الانتحار توجد بجوار المتوفى، والقليل منها قد يوجد في غرفة أخرى من المنزل. أحيانا يخفي الأهل رسالة الانتحار لإظهار الوفاة عرضية أو جنائية إما للحصول علي قيمة التأمين علي الحياة (إذا كان المنتحر له تأمين على الحياة) لأن المنتحر لا يحصل ذويه علي تأمين الحياة، أو لاستبعاد عار الانتحار للحفاظ علي سيرة المتوفى والأهل.

(ج) في معظم حالات الانتحار يعثر علي السلاح المستخدم في مكان الوفاة قريبا من الجثة بجوار اليد.

(٣) إصابات الانتحار

* عادة يختار المنتحر الطريقة الأسهل في التنفيذ، وبالتالي فهي تكون لها علاقة بالبيئة التي يعيش فيها والأدوات المتاحة أمامه.

* في حالات الانتحار الإصابية، تكون الإصابات في متناول يد المنتحر.

إن إقرار الطبيب الشرعي بأن الوفاة انتحارية هو من الإقرارات الصعبة والتي يتعين على الطبيب الشرعي أن يأخذها بحذر، وأن يبني رأيه على أدلة مسرح الجريمة ومرئيات الصفة التشريحية. الانتحار قد يقع بصورة أو أكثر من الصور التالية:ـ

(١) الانتحار بالسكين

الإصابات الانتحارية بالسكين أو محاولات الانتحار أو إيماءات الانتحار تتميز بالآتي:ـ

(أ) هناك أماكن مفضلة أو مختارة للانتحار بالسكين وهي العنق (في شكل جرح قطعي ذبحي) أو الصدر (في شكل جرح طعني بمنطقة القلب)، وإن كانت إصابة الصدر أقل حدوثا من إصابة العنق.

(ب) الانتحار بالسكين عادة يحدث بالرجال، وشديد الندرة بالنساء.

(ج) الإصابات الانتحارية بالسكين عادة تكون متعددة حيث تكون مصحوبة بجروح تسمى الجروح الترددية أو التجريبية أو التمهيدية. هذه الجروح الترددية عادة تشاهد بالرسغ أو بالعنق على هيئة بضعة جروح قطعية سطحية وهي تمثل مرحلة التردد قبل أن يأخذ القرار النهائي بإحداث الضربة المميتة. بالرغم من أن معظم الجروح الترددية تؤكد واقعة الانتحار، لكن الحذر مطلوب حيث إن بعض الإصابات الجنائية (في حالات نادرة) قد تكون مصحوبة بجروح قطعية سطحية تماثل حالات الانتحار وذلك بسبب حركة المجني عليه أو حركة السكين في يد الجاني مما يجعل الأداة تسير على الجلد دون أن تخترق، ولذلك لابد أن ينظر للحالة نظرة عامة ولا يعتد بالجروح الترددية فقط كمؤشر للانتحار.

(د) الجرح القطعي الذبحي الانتحاري التقليدي يتميز بالصفات التالية:ـ

* عادة يبدأ الجرح القطعي الذبحي للمنتحر الذي يستخدم يده اليمنى بيسار العنق أسفل زاوية الفك مباشرة متجها ناحية اليمين. هذا لا يمنع أن يبدأ الجرح القطعي الذبحي بمنتصف العنق.

* عادة يميل الجرح القطعي الذبحي قليلا لأسفل. هذا لا يمنع من حدوث الجرح القطعي الذبحي بوضع مستعرض دون أن يميل لأسفل.

* عادة لا يستطيع المنتحر أن يصل بيده إلي أقصي يمين العنق ويتوقف بعد الخط المنصف للعنق (منطقة تفاحة آدم) بمسافة قليلة بسبب النزيف الغزير المصاحب للحالة الذي يجعله غير قادر علي مواصلة دفع السكين.

* عادة يكون الجرح القطعي الذبحي الانتحاري عميقا في بدايته ثم يصبح سطحيا في نهايته. لكن بعض هذه الجروح لا يكون فيها اختلاف في العمق.

* الكثير من المنتحرين يدفع رأسه للخلف قبل الانتحار وهذا يجعل جلد العنق مشدودا وبالتالي يكون الجرح حاد الحواف. أما إذا لم يدفع المنتحر رأسه للخلف فإن جلد العنق يظل مرتخيا وبالتالي تكون حواف الجرح مسننة.

* عادة يكون الجرح القطعي الذبحي الانتحاري مصحوبا بجرح ترددي واحد أو اثنين، ونادرا ما يزيدا عن اثنين.

* الجرح القطعي الذبحي الانتحاري التقليدي يقطع الوريد الوداجي **Jugular vein** والشريان السباتي **Carotid artery** والحنجرة. أما إذا كان الجرح غير تقليدي فإنه سيقطع الحنجرة دون أن يقطع الوريد الوداجي أو الشريان السباتي.

* عادة تحدث الوفاة نتيجة النزيف الدموي الغزير نتيجة قطع الوريد الوداجي والشريان السباتي (قطع الوريد الوداجي أكثر حدوثا من قطع الشريان السباتي). إذا كانت الحنجرة أو القصبة الهوائية قد قطعت فإن النزيف الغزير قد يدخل بها ويسد المسالك الهوائية. نادرا ما تحدث الوفاة نتيجة السدة الهوائية

نتيجة دخول الهواء في الوريد الوداجي المقطوع إذا كان المنتحر واقفا أو جالسا وبالتالي تكون العنق أعلى من الصدر.

(هـ) إحداث جروح قطعية سطحية بمقدم مفصل الرسغ شائعة الحدوث في محاولات الانتحار ولكنها بمفردها غير كافية لإحداث الوفاة، ولذلك عندما يأخذ المنتحر القرار النهائي بالانتحار فإنه سيستخدم وسيلة أخرى مميتة مع هذه الجروح. عادة تشاهد هذه الجروح بمقدم مفصل الرسغ الأيسر للمنتحر الذي يستخدم يده اليمنى، ولكن هذا لا يمنع من مشاهدة هذه الجروح بمقدم الرسغين. عادة يبسط المنتحر مفصل الرسغ قبل أن يحدث هذه الجروح القطعية وهذا يؤدي لانزلاق الشريان الكعبري **radial artery** تحت النهاية السفلية لعظمة الكعبرة وبالتالي يبقى الشريان سليما. معظم هذه الجروح القطعية تكون سطحية ولا تصل للأوعية الدموية الرئيسية.

(و) الانتحار بطعن الصدر يتميز بالآتي:ـ

* الانتحار بطعن الصدر أمر وارد الحدوث، ولكن بنسبة أقل من إحداث الجرح القطعي الذبحي بالعنق.

* عادة يكون الانتحار بطعن الصدر في شكل جرح طعني وحيد، لكن هذا لا يمنع من تعدد الإصابات الطعنية بالصدر ولكن يكون واحد منها فقط هو النافذ للقلب أو الرئتين.

* عادة يقع الجرح بيسار الصدر حيث يعتقد العامة أن القلب يقع بيسار الصدر فقط، ولكنها يمكن أن تقع بيمين الصدر أو على الخط المنصف للصدر.

* هذا الجرح الطعني بالصدر قد يصاحبه جروح قطعية سطحية متوازية متعددة بيسار الصدر، وأحيانا تكون متعامدة.

* عادة يخلع المنتحر ملابسه عن الموضع الذي سيحدث به الإصابة الطعنية، ولكن هذا الأمر يرد عليه بعض الاستثناءات.

* قد تظل السكين داخل الجرح أو تقع بجوار المنتحر، ولكن ذلك يجب ألا يؤخذ كمؤشر للانتحار لاحتمالية أن يكون الجرح جنائيا بأن ينظف الجاني السكين من بصماته ثم يضع بصمات المتوفى عليها ويتركها بجواره. في حالات شديدة الندرة يشاهد المنتحر ممسكا بالسكين في يده.

(ز) الجرح الطعني الانتحاري بالبطن أو بالعنق أمر غير شائع، ولكنه جائز الحدوث.

(٢) الانتحار بالسلاح الناري

تتميز حالات الانتحار بالسلاح الناري بالمميزات التالية:ــ

* النساء نادرا ما تنتحر بالسلاح الناري، ولذلك عند مشاهدة امرأة مطلق عليها النار فلابد أن نضع في اعتبارنا أن الواقعة جنائية إلي أن يثبت العكس.

* غالبا تكون الإصابة في مكان قاتل من الأماكن التي يطلق عليها الأماكن التقليدية للانتحار وهي الصدغية اليمنى بالرأس (إذا كان المنتحر يستخدم يده اليمني) أو الصدغية اليسرى (إذا كان المنتحر يستخدم يده اليسرى) أو منطقة القلب أو سقف الحلق بالفم أو منتصف الجبهة (شكل ٥٧) أو تحت الذقن. هذا لا يمنع من حدوث جرح الدخول بأي موضع بالجسم مثل البطن (تحت حافة الأضلاع أو تحت عظمة القص) أو الجانب الأيمن من الصدر. إن وجود الجرح الدخولي بالعين (شكل ٥٨) أو بأي مكان بالعنق (عدا أسفل الذقن أو الفك) أو بأي مكان بالبطن (عدا تحت حافة الأضلاع أو تحت عظمة القص) يجب أن يرجح الفكرة الجنائية إلي أن يثبت عكس ذلك.

* تكون فوهة السلاح ملامسة أو قريبة (في حدود مدي الإطلاق القريب) وبالتالي نشاهد مخلفات البارود في صورة حرق الجلد (شكل ٥٩) أو الاسوداد البارودي (شكل ٦٠) أو النمش البارودي (شكل ٦١) حول فتحة الدخول، أو نشاهد تكدم مستدير الشكل (شكل ٦٢) يحيط بفتحة الدخول يمثل انطباع فوهة الماسورة نتيجة ضغط فوهة الماسورة بقوة علي الجلد في الإطلاق الملاصق



شكل (٥٧)
جرح إنتحارى نجمى الشكل بالجبهة



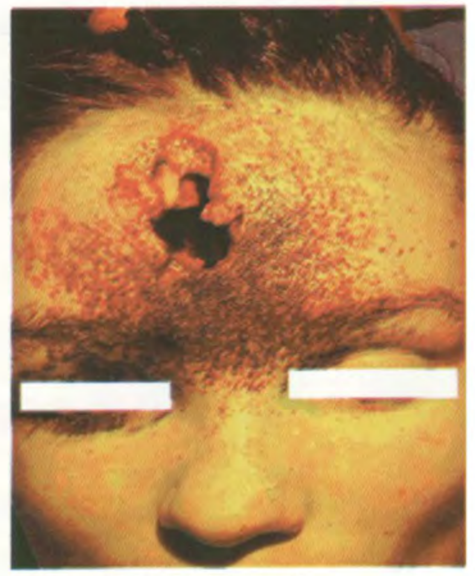
شكل (٥٨)
دخول جنائى بالعين وخروج المقذوف من الرأس



شكل (٥٩)
حرق الجلد حول جرح الدخول



شكل (٦٠)
أسوداد بارودى حول جرح الدخول



شكل (٦١)
نمش بارودى حول جرح الدخول



شكل (٦٢)
إنطباع فوهة ماسورة السلاح على الجلد



شكل (٦٣)
تمزق نجمى الشكل بالملابس
نتيجة تأثير الغازات
في الإطلاق الملاصق الضاغط



شكل (٦٤)
اسوداد بارودى بيد مطلق السلاح

الضاغط، أو تكون فتحة الدخول نجمية الشكل نتيجة تأثير الغازات (شكل ٦٣).
إذا لم نشاهد علامة أو أكثر من العلامات الخمسة السابق ذكرها (الحرق أو الاسوداد أو النمش أو التمزق النجمي الشكل أو انطباع فوهة الماسورة علي الجلد) فهذا يعني أن المقذوف أطلق من مسافة جاوزت مدي الإطلاق القريب وهو ما يتعارض تماما مع الانتحار.

* عادة يطلق المنتحر علي نفسه طلقة واحدة، إلا إن وجود أكثر من إصابة متجاورة (عادة لا يزيد عددها عن ثلاثة لارتخاء يده الضاغطة على الزناد بعد دخول المقذوف الأول لجسده) ممكن حدوثها انتحارا إذا كان السلاح المستخدم سلاحا آليا سريع الطلقات حيث يؤدي الضغط علي الزناد إلى تتابع خروج الطلقات. كذلك في بعض الأحيان قد يكون المنتحر يستخدم السلاح الناري لأول مرة في حياته ومع ارتباكه قد يطلق النار على مكان غير قاتل ثم يتدارك الأمر ويطلق على مكان قاتل.

* غالبا يزيح المنتحر الملابس عن الموضع الذي سيطلق عليه النار، ولكن حدوث الإصابة في مكان مغطي بالملابس لا ينفي فكرة الانتحار.

* غالبا توجد مخلفات احتراق البارود وأجزاء معدنية ضئيلة علي خلفية إصبعي السبابة والإبهام والمسافة الواقعة بينهما لليد المستخدمة في إطلاق النار نتيجة ارتداد الدخان المتصاعد من نافذة خروج الظرف الفارغ للخلف في اتجاه اليد الممسكة بالسلاح (شكل ٦٤). قد تشاهد هذه العلامات باليدين إذا قام المنتحر بتثبيت السلاح باليدين عند الإطلاق.

* غالبا يوجد رذاذ دم بيد المنتحر التي أطلقت النار وعلى السلاح ناتج عن انفجار جرح الدخول وتطاير الدم.

* ضغط المتوفى العنيف علي الزناد قد يترك أثر انطباع الزناد علي السطح الأمامي لإصبع السبابة لليد المستخدمة.

* قد نشاهد جروح قطعية أخري بالرسغين أو بأسفل الساعدين حدثت نتيجة محاولة انتحار سابقة (حديثة أو قديمة).

* جرح الدخول يكون في متناول يد المنتحر. إذا ثبت أن فتحة دخول المقذوف كانت بالظهر فإن ذلك يتعارض مع الانتحار.

* عادة يوجد السلاح الناري بجوار المنتحر. لكن عدم وجود السلاح بجوار الجثة لا يعني استبعاد الانتحار نهائيا فقد يكون السلاح المستخدم قد سرق (إذا حدث الانتحار في مكان مفتوح) أو قد تم إخفاؤه من قبل الأهل أو الأقارب. أيضا وجود السلاح الناري بجوار الجثة لا يعتبر دليل على الانتحار لاحتمالية جنائية الحادث ثم قيام الجاني بتنظيف بصماته من السلاح ووضع بصمات المتوفى عليه ليصور الواقعة على إنها واقعة انتحار.

* في حالات نادرة قد يعثر علي السلاح المستخدم (سلاح قصير) في يد المنتحر نتيجة التوتر الرمي العصبي بعضلات اليد الممسكة بالسلاح. في تلك الحالة يجب التأكد من كون اليد قابضة بشدة علي السلاح من عدمه. في حالة وجود اليد قابضة بشدة فهذا دليل أكيد علي الانتحار لأنه يستحيل جعل اليد قابضة علي السلاح بشدة بطريقة مفتعلة (أي وضع الجاني للسلاح بيد المجني عليه بعد إصابته).

* لا يشترط حدوث الانتحار بسلاح قصير الماسورة فقد يستخدم سلاح طويل الماسورة في الانتحار أيضا. في بعض الحالات التي لا يستطيع المتوفى الوصول لزناد السلاح طويل الماسورة بيده يستعمل الإصبع الكبير لقدمه في الضغط علي الزناد أو يربط الزناد بسلك أو حبل ويوجه فوهة الماسورة ناحية جسده ثم يشد المنتحر السلك أو الحبل فيطلق السلاح.

* السلاح المستخدم في الانتحار غالبا يمكن رفع بصمات المتوفى منه، وقد يظهر فحص فوهته وماسورته من الداخل وجود دم وأنسجة وشعر من جسد المتوفى.

* أحيانا يعثر في مسرح الوفاة علي مظاهر إطلاق نار متعدد (أي أظـرف فارغة وثقوب نارية متعددة بالحوائط أو الأرض أو الأثاث) مع إصابة الجسد بعيار واحد فقط مما يجعل المحقق يشك في جنائية الوفاة. سبب تلك الظاهرة أن المنتحر يجذب الزناد بدون وعي قبل أن يوجه السلاح ناحية جسده وبالتالي يطلق السلاح طلقات عديدة لا تصيب جسده. قد يضغط المنتحر الزناد مرتين أو ثلاث مرات قبل أن يوجه السلاح ناحية جسده. في مثل تلك الظروف قد يعثر بجسد المنتحر علي مظاهر إصابية انتحارية أخرى مثل قطع شرايين الساعدين أو ما شابه ذلك.

(٣) الانتحار خنقا أو شنقا

(أ) الانتحار خنقا

* معظم حالات الخنق بالرباط هي حالات جنائية، والقليل منها انتحاري، ونادرا ما تشاهد عرضيا وخاصة بين الأطفال أثناء اللعب.

* في بعض الأحيان يصعب تمييز حالات الخنق الانتحاري من الجنائي.

* وجود عدة لفات من الرباط مثبتة حول العنق بعقدة واحدة أو أكثر من عقدة يتوافق دائما مع الانتحار وشوهد في حالات انتحار مسجلة ليست قليلة، بها لفتين أو ثلاثة لفات أو أكثر من ذلك من لفات الرباط حول العنق. إن مشاهدة تعدد اللفات لا يجب أن يثير ذعر المحقق ويجعل تفكيره يتجه للفعل الجنائي، بل علي العكس من ذلك فإن اللفات المتعددة المنتظمة ذات عقدة واحدة هي أكثر حدوثا في حالات الانتحار عن الحالات الجنائية. أما وجود لفة واحدة غير مكتملة فهي تتفق مع الخنق الجنائي.

• بعض المنتحرين يقوم بلف الحبل حول عنقه بدون شد (حبل مرتخي) ثم يدخل تحت الحبل عصا ثم يلف العصا عدة مرات (أي يبرم الحبل على العصا) فيحكم قبضة الحبل علي العنق، وهذه الطريقة تسمى الرافعة الأسبانية. هذه الطريقة عادة هي وسيلة انتحار، لكن هذا لا يمنع من استخدامها جنائيا.

(ب) الانتحار شنقا

* معظم حالات الشنق تحدث انتحارا، والقليل منها عرضي، ونادرا جدا ما تحدث جنائيا.

* يحدث الشنق الانتحاري بوسائل عديدة ومختلفة. أكثر تلك الوسائل شهرة علي الإطلاق هي قيام المنتحر بتثبيت النهاية العلوية لأداة التعليق (غالبا حبل) في نقطة تعليق مرتفعة في السقف مثل مروحة السقف أو الدرج أو أي شيء بارز مثل فرع شجرة أو حلق باب أو سيخ حديد مسلح. بعد ذلك يعد النهاية السفلية لأداة التعليق علي هيئة عروة ثابتة أو عروة متحركة ويضعها علي عنقه أثناء وقوفه علي دعامة مثل كرسي أو سلم ليستطيع أن يصل بواسطته إلي نقطة التعليق. بعد ذلك يقفز من فوق تلك الدعامة (الكرسي مثلا) أو يركله فيصبح جسمه معلق تعليقا كاملا أو تعليقا جزئيا. يشد ثقل وزن الجسم علي أداة التعليق فيحكم إغلاقها علي العنق ويحدث الشنق. يستوي في ذلك أن يكون التعليق كاملا أو جزئيا، وكذلك أن تكون العقدة ثابتة أو متحركة.

* الشنق الانتحاري يجب تمييزه من الشنق العرضي الذي يحدث أثناء إجراء الاستمناء فيما يعرف بالشبق الجنسي الذاتي. الشبق الجنسي الذاتي هو سلوك جنسي يقوم فيه الشخص (غالبا رجل) بوسيلة أو أخرى للحصول علي الإثارة الجنسية مستغلا في ذلك معلومة علمية تؤكد أن زيادة نسبة ثاني أكسيد الكربون في المخ تزيد الإثارة الجنسية. من أشهر تلك الوسائل هو لف حبل حول العنق بعقدة متحركة والنهاية الحرة لهذا الحبل تتصل بالركبة أو بمفصل الكاحل أو بشيء مرتفع (بالسقف مثلا) ثم يتم الشد بخفة علي الحبل الذي يضغط ضغطا بسيطا علي الأوعية الدموية الرئيسية بالعنق فتقل كمية الدم المؤكسد الصاعدة للمخ مما يزيد الإحساس بالنشوة الجنسية والانتعاش أثناء الاستمناء باليد. أهم المظاهر التي تشير إلي الشبق الجنسي الذاتي العرضي هي:ـ

- خصوصية المكان.

- وجود الجثة عارية (عرى كامل أو الجزء السفلي فقط).
- يكون التعليق تعليقا جزئيا.
- وجود أدوات حوله تستخدم في إحداث الإثارة الجنسية مثل الأفلام الجنسية على شاشة كمبيوتر أو تليفزيون أو وجود صور أو مجلات جنسية.
- وضع عازل من القماش بين الحبل والجلد لمنع ظهور حز بالعنق.
- مظاهر الاستمناء باليد (سائل منوي، مادة مزلقة).
- عدم وجود أي مظاهر تشير للرغبة الانتحارية.

لا يشترط لتشخيص الوفاة العرضية اجتماع كل المظاهر السابقة. عادة يدخل الأهل فيشاهدوا الابن عاريا (عرى كامل أو الجزء السفلي فقط) فيقوموا بوضع ملابس عليه، ويزيلوا آثار الأفلام والصور الجنسية وآثار المني من الأرض. لذلك فإن التشخيص للشنق العرضي يعتمد على وجود عازل بين الحبل والجلد، وكون التعليق تعليقا جزئيا.

<u>(٤) الانتحار غرقا</u>

الأصل في الغرق هو حدوثه عرضيا، ولكنه قليلا ما يحدث انتحارا، ونادرا ما يحدث الإغراق بصورة جنائية. الغرق الانتحاري ليس شائعا في مصر بالرغم من وفرة البحار ونهر النيل. ونظرا لكون الكثير من الصبية والمراهقين يحاولون السباحة في نهر النيل فإن الوفاة العرضية كثيرة الحدوث. قد يكون التمييز بين الغرق العرضي أو الانتحاري أو الجنائي في غاية الصعوبة وخاصة عندما يطرأ التعفن الرمي بالجثمان ما لم تكن هناك ظروف محيطة بالغرق لا تحتمل اللبس. يمكن تمييز الغرق الانتحاري من خلال:ـ

(أ) وجود مظاهر محاولات انتحار أخرى مثل قطع الأوعية الدموية بالرسغين.

(ب) وجود رسالة في باقي ملابسه علي حافة المجرى المائي أو في منزله يذكر فيها المنتحر الظروف التي دفعته للانتحار، ولكن كالمعتاد في مثل تلك الحالات

يجب عرض تلك الرسالة علي خبير التزييف والتزوير للتأكد من كون الخط هو خط الغريق.

(ج) وجود ظروف واضحة للانتحار مثل ضائقة مالية شديدة أو فشل في العاطفة والحب أو فشل في الدراسة.

قد يقوم المنتحر بتقييد نفسه بالحبال لتأكيد رغبته في الانتحار أو يقوم بربط أثقال بجسده قبل القفز في الماء ليبقي جسده تحت الماء. إن العثور علي شخص مقيد في الماء يحتمل الغرق الجنائي والغرق الانتحاري وأيضا يحتمل الإلقاء في الماء بعد القتل. وبالتالي في مثل هذه الظروف يجب علي فريق معاينة مسرح الحادث الحذر الشديد وعدم التسرع وإبداء الرأي بجنائية الوفاة قبل استبعاد قدرة هذا الغريق علي إحداث هذا التقييد بنفسه، وأيضا قبل الإلمام بكافة الظروف المحيطة بالوفاة وتفتيش منزله جيدا للبحث عن دوافع ونوايا الانتحار، وكذلك قبل التأكد من وجود سبب جنائي واضح للوفاة مثل الإصابات النارية أو الخنق أو إصابات الرأس.

(٥) الانتحار حرقا

الانتحار بالحرق الجاف بملامسة لهب النار أمر شائع الحدوث في مصر وخاصة بين الإناث، ولا توجد أي خاصية تميزه عن الحرق الجنائي أو العرضي إلا من خلال الظروف المحيطة بالجثمان. أحيانا يحترق المكان بالكامل وتحترق معه أي رسالة انتحار أو أي وعاء يوجد به المادة المعجلة للاشتعال التي قد تستخدمها المنتحرة، وفي معظم الأحيان يتعذر التمييز بين الحرق الجنائي أو الانتحاري أو العرضي.

(٦) الانتحار بالقفز من أعلى

السقوط من أعلى قد يحدث بطريقة جنائية أو انتحارية أو عرضية، والتمييز بينهم أمر في غاية الصعوبة ولا يمكن التوصل إليه من خلال الصفة التشريحية ولكن قد يتم ذلك من خلال الظروف المحيطة بالجثمان.

لا يستطيع الطبيب الشرعي أن يستنتج ارتفاع السقوط من خلال طبيعة وشدة الإصابات، فهناك من يسقط من الوضع واقفا على رصيف أو غيره فيحدث بـه كسور بعظام الجمجمة، وهناك من يسقط من أكثر من عشرة أمتار ولا تشاهد به أي كسور.

ثانيا:ـ الإصابات التي يحدثها الشخص بنفسه نتيجة اضطراب عقلي

بعض مرضي الاضطرابات العقلية يحدثوا إصابات وتشـويه بأجسـادهم، وتتميز هذه الإصابات بالمميزات الآتية:ـ

(١) تكون هذه الإصابات غريبة وشاذة في مكانها وعددها، وقد تصـل لمئـات الجروح الصغيرة.

(٢) تكون على هيئة جروح قطعية سطحية متوازية أحدثت بشفرة المـوس أو قطعة زجاج أو سكين. قد تتعامد هذه الإصابات مع بعضها الـبعض، وغالبـا تشاهد على الجانب غير المسيطر للجسم (أي غالبا بيسار الجسم للشخص الـذي يستخدم يده اليمنى).

(٣) معظم هذه الإصابات تقع بالأطراف (العلوية أو السفلية)، ولكنها يمكـن أن تشاهد بأي موضع آخر بالجسد مثل الصدر والبطن والوجـه والعنـق. بعـض المرضى قد يحدث ثقب بالعين أو بالعينين.

(٤) من الإصابات الشائعة بين مرضى الاضطرابات العقلية هـي الإصـابات الموجهة للأعضاء التناسلية على هيئة جرح قطعي بكيس الصفن بشفرة موس أو سكين واستخراج خصية أو الخصيتين منها أو بتـر العضـو الـذكري. هـذه الإصابات للأعضاء التناسلية عـادة تشـاهد فـي مرضـى الفصـام العقلـي Schizophrenics. إحدى الحالات التي ناظرتها كان موقع الحادث عقـار تحـت الإنشاء مكون من ثلاث طوابق، شاهدنا في الطابق الثالث خصية موجودة علي الأرض وبجوارها شفرة موس وآثار دماء لشخص متحرك موجودة على السـلم حتى الطابق الأرضي حيث عثرنا على جثمان المتوفى وسط بركة من الـدماء

وبه جرح قطعي كبير بكيس الصفن وعدد أثني عشر إصابة طعنية بأسفل البطن واحد منها فقط نافذ لشريان الأورطى البطنى وباقي الإصابات كانت نافذة فقـط لجدار البطن دون أن تحدث إصابات بالأحشاء الداخليـة. بـإجراء التحريـات والسؤال عن الحالة وجد لها ملف طبي بمستشفى أمراض نفسية حيث كان يعاني من الفصام العقلي (ازدواج الشخصية).

ثالثا:ــ الإصابات المفتعلة

هي الجروح التي يفتعلها الشخص بنفسه للأسباب التالية:ــ

* إدعاء حالة الدفاع عن النفس في الجرائم ليستفيد من الظرف المخفف في حالة الدفاع الشرعي عن النفس.
* إلصاق تهمة بشخص ما للكيد منه، والباعث هو الحقد والكره.
* إدعاء التعذيب داخل حجز أقسام الشرطة أو السجون، ليؤكد أن اعترافـه كان وليد إكراه معنوي.
* كنوع من التمارض، للحصول على تعويض.
* متلازمة مانشوزن **Munchausen syndrome** وهي امرأة (ونادرا رجـل) تشعر بالرضا عندما تثير انتباه وتعـاطف الأطبـاء والممرضـات والأقـارب والجيران الذين هم علي صلة بها. البعض الآخر من علماء الـنفس يـرى أن شعور هذه المرأة بالرضا ليس راجعاً لقدرته علي جذب انتباه وتعاطف الآخرين ولكن لقدرته علي خداع الآخرين. لكن السؤال المهم هو لماذا ينخـدع الأطبـاء وهيئة التمريض المتمرسين في العمل الطبي بالادعاءات الكاذبة وخداع هـذه المرأة أو هذا الرجل، وهل هذا الخداع يقع فيه الأطباء ضعيفي المستوى المهني أم من الممكن أن يقع فيه أي طبيب مشهود له بالكفاءة. الواقع العملي يؤكـد أن كبار الأطباء وأكثرهم خبرة ينخدعوا ويقعوا ضحية خداع هذه المـرأة أو هـذا الرجل.

* الجروح التي يحدثها السجين بنفسه بغرض الخروج إلي المستشفي حيث تقل شدة الحراسة عليه وبالتالي تزيد فرصة هروبه.

أحيانا يكون من الصعب تحديد ما إذا كانت الإصابات مفتعلة أم عرضية أم ناتجة عن التعذيب من مجرد مشاهدة توزيع وشكل الإصابات علي جسد المصاب. لابد أن نحصل علي مذكرة نيابة كاملة موضحاً بها تاريخ الواقعة والأدوات المستخدمة ووسائل التعذيب من خلال أقوال المصاب ثم يسأل الطبيب الشرعي الشخص عن الواقعة تفصيلاً، وما هي الإصابات الحادة التي عاني منها تفصيلا بعد واقعة التعذيب ومظاهر التئام تلك الإصابات الحادة التي لاحظها وشكواه البدنية والنفسية. ثم تقارن المظاهر الإصابية بجسده مع روايته ومن خلال ذلك يستطيع الطبيب الشرعي التوصل لكيفية حدوث تلك الإصابات.

الإصابات المفتعلة تحدث بيد الشخص نفسه أو بيد مواليه له وتتميز بعدة مميزات أهمها:ـــ

(١) تكون في متناول يد الشخص إذا حدثت بيده، وتكون في أي مكان من الجسم إذا حدثت بيد مواليه له.

(٢) تكون في مكان غير خطير لأن الهدف منها ليس إحداث إصابة جسيمة أو عاهة مستديمة، لذلك عادة تشاهد بالأطراف. لكن هذا لا يمنع من إحداثها في أي موضع من الجسم وخاصة مع المتعاطين للمهدئات والمنومات.

(٣) تكون سطحية بالجسم وليس لها أي تأثيرات علي الأنسجة والأحشاء الداخلية بالجسم. قد تخترق معظم سمك الجلد، ولكن في أماكن ليست حساسة.

(٤) غالباً تكون جروح قطعية سطحية وتحدث من شفرة الموس أو السكين أو المطواة. في حالة السجناء قد يستطيع السجين الدخول لمكان الاحتجاز بشفرة الموس بوضعها علي أحد جانبي الفم أو لفها بمنديل ورقي وإدخالها في الشرج. أيضاً يقوم بعض المحتجزين ببرد ملعقة الطعام بأرضية مكان الاحتجاز بحيث يصبح لها حافة حادة رفيعة تماثل شفرة الموس وتحدث جروح قطعية سطحية تماثل الجروح التي يحدثها الموس.

(٥) قد تكون علي شكل كدمات سطحية أو سحجات متكدمة سطحية وذلك من خلال إمرار (مع الضغط) حافة عملة معدنية غالباً علي الظهر بيد موالية له. هذا المفتعل يحاول أن يجعلها كدمات شريطية مزدوجة ولكنه بالطبع يفشل ولا يستطيع أن يجعل الشريطين متوازيين بنفس الاستقامة التي تشاهد في الضرب بالعصا، ولا يستطيع الحفاظ على المسافة الثابتة بين الشريطين من أول الكدم حتى آخره. وأيضاً من الأخطاء الشائعة التي يرتكبها المفتعل هو مروره بالعملة المعدنية علي الأجزاء المنخسفة في العمود الفقري مثل منطقة الفقرات القطنية وبالطبع فإن العصا لا تستطيع أن تصل إلي تلك المناطق المنخسفة.

(٦) في بعض الأحيان يخلع المفتعل ملابسه ويستند بظهره علي الحائط بمكان الحجز وخاصة إذا كان الحائط به أجزاء بارزة ويمرر ظهره علي هذا الجزء البارز صعوداً وهبوطا بجسده ويدعي أن سلطات الاحتجاز قامت بسحله علي الأرض. التمييز هنا يكون سهل لأن سحجات السحل تحدث في المناطق البارزة من الجسم. كذلك قد يحضر الشخص جزء من بطانية الحجز وهي خشنة الملمس عادة ويجعلها علي شكل كرة صغيرة ويضع داخلها كمية من ملح الطعام ويغمسها بالماء ثم يجعل شخص يحكها بقوة بظهره ليحدث سحجات تماثل سحجات السحل ويدعي أن سلطات التعذيب قامت بسحله علي الأرض، وأيضاً في تلك الحالة يسهل التمييز من خلال سوء توزيع السحجات بالظهر من خلال المفتعل.

(٧) غالبا لا يتفق مكان الجرح مع القطوع الموجودة بالملابس.

(٨) نادرا ما يحدث الجرح المفتعل باستخدام سلاح ناري. معظم هذه الحالات التي شاهدناها عمليا كانت باستخدام سلاح محلي الصنع (فرد) يطلق أعيرة من عيار ٧.٦٢ مللي حيث يخلع جلبابه ويلامس فوهة السلاح عضلة السمانة بخلفية الساق بحيث يطلق المقذوف فيلامس الجلد والطبقة الخارجية من عضلات الساق دون أن يخترق الجسد (أي تكون الإصابة سطحية، وفي موضع غير قاتل، وفي متناول يد المصاب). بعد ذلك يقوم بتعليق ملابسه ويطلق عليها طلقة، وغالبا لا يتفق موضعها بالملابس مع الجسد. هذا بالإضافة لوجود علامات قرب إطلاق نار حول الجرح الناري بالجلد ولا تكون هناك علامات قرب إطلاق نار حول الثقب الناري الدخولي بالملابس.


الفصل التاسع
الوفيات المفاجئة
بعد الإصابات
البسيطة

الفصل التاسع

الوفيات المفاجئة بعد الإصابات البسيطة

قد يتعامل الطبيب الشرعي مع حالة وفاة فجائية أثناء أو بعد مشاجرة، ويظهر الكشف الظاهري للجثمان وجود مظاهر إصابية طفيفة (غالبا في شكل سحجات أو كدمات) ولا يظهر تشريح الجثمان أي سبب واضح للوفاة. إذا أصدر الطبيب الشرعي تقريره وأثبت وجود مظاهر إصابية طفيفة ليس من شأنها إحداث الوفاة فإن الطبيب الشرعي قد يتهم بمجاملة الشرطة (إذا كانت الوفاة لها علاقة بالشرطة) أو مجاملة أحد الأطراف على حساب الآخر، أو يتهم الطبيب الشرعي بعدم الكفاءة. في الحالات التي تحدث فيها الوفاة بعد مشاجرة لابد من اتخاذ الإجراءات التالية:ـ

(١) فحص الظروف المحيطة بالوفاة فحصا دقيقا. لابد أن يحصل الطبيب الشرعي على كل المعلومات المتاحة للمحقق عن الواقعة وطبيعة العنف وتوقيت الوفاة بالنسبة لواقعة الشجار.

(٢) لابد من الحصول على التاريخ المرضي للمتوفى من أي مستشفى كان يعالج فيه المتوفى.

(٣) إجراء الفحص الظاهري والصفة التشريحية للجثمان بصورة دقيقة، مع إجراء الفحص المجهري لكل الأحشاء.

(٤) فحص الدم والبول والأحشاء عن السموم والمخدرات إجباريا في مثل هذه الحالات.

(٥) التصوير الفوتوغرافي المكثف لكل أجزاء الجسم قبل إجراء الصفة التشريحية وأثنائها إجباريا في مثل هذه الحالات حتى لو لم تكن بالجثة أي إصابات.

(٦) عدم الإعلان عن السبب المتوقع للوفاة قبل الانتهاء من كافة الفحوص.

احتمالات الوفيات بعد المشاجرات والإصابات البسيطة

(١) تنبيه الجهاز السمباثاوي.

(٢) تنبيه العصب الحائر.

(٣) حالة مرضية.

(٤) حالة إصابية.

أولا:ـ تنبيه الجهاز السمباثاوي

الفرض النظري للوفاة نتيجة تنبيه الجهاز السمباثاوي يشترط توافر:ـ

(١) زيادة إفراز الأدرينالين والنور أدرينالين بسبب المشاجرة.

(٢) وجود حالة مرضية بالقلب.

التأثير الفسيولوجي للشجار

الشجار يصاحبه تغيرات فسيولوجية رئيسية تتمثل في:ـ

(١) إفراز الأدرينالين والنور أدرينالين

أثناء الشجار يحدث إفراز للأدرينالين والنور أدرينالين من الغدة الكظرية (الغدة فوق الكلوية) إلي الدورة الدموية. هذا يؤدي إلي زيادة معدل وقوة انقباض القلب وزيادة سرعة توصيل القلب وارتفاع ضغط الدم. هذا من شأنه أن يؤدي إلي ازدياد حاجة القلب للأكسجين (الذي يرد إليه في الدم المؤكسد)، وبالتالي فهو يحتاج لزيادة الدم الوارد إليه عن طريق الشرايين التاجية. أعلى مستوى لتركيز الأدرينالين والنور أدرينالين يكون بعد ثلاث دقائق من توقف الشجار.

معظم مستقبلات مُفرزات ألفا للأدرينالين على عضلة القلب والعضلات اللاإرادية ذات الألياف الملساء **smooth muscle** هي مستقبلات ألفا ١ (**alpha ١**).

زيادة تنبيه مستقبلات ألفا ١ تؤدي لانقباض العضلات اللاإرادية ذات الألياف الملساء للأوعية الدموية مما يؤدي لضيق الأوعية الدموية.

مستقبلات بيتا ١ توجد بصفة أساسية في القلب، ومستقبلات بيتـا ٢ توجـد بالقلب وبالأوعية الدموية الطرفية. زيادة تنبيه مستقبلات بيتا ١ تـؤدي لزيـادة معدل القلب وزيادة قوة انقباض القلب وزيادة سرعة توصيل القلب.

يتفاعل الأدرينالين مع مستقبلات ألفا وبيتا فـي الجهـاز القلبـي الوعـائي وطرفيا. أما النور أدرينالين فإن تأثيره السائد يكون على الجهاز القلبي الوعائي بتفاعله مع مستقبلات ألفا ١ ومستقبلات بيتـا ١ فـي القلـب. وبالتـالي فـإن الأدرينالين والنور أدرينالين يتفاعلا مع مستقبلات بيتا ١ مما يؤدي لزيادة معدل القلب وزيادة قوة انقباض القلب وزيادة سرعة توصيل القلب.

يوجد في جدر الشرايين التاجية مسـتقبلات بيتـا ٢ (بـوفرة) بالإضـافة لمستقبلات ألفا ١. النور أدرينالين يتفاعل فقط مع مستقبلات ألفا ١ فيؤدي إلـي انقباض وضيق الشرايين التاجية، وبالتالي تقل كمية الدم المؤكسد الواصل إلـي عضلة القلب. أي إن المحصلة النهائية هي ضـيق الأوعيـة الدمويـة ومنهـا الشرايين التاجية للقلب (نتيجة تنبيه مستقبلات ألفا ١) بالرغم من زيادة احتيـاج القلب للدم بسبب زيادة معدل القلب وزيادة قوة انقباض القلب وزيـادة سـرعة توصيل القلب (نتيجة تنبيه مستقبلات بيتا ١). يستطيع القلب السليم أن يتعامـل مع هذا الظرف الطارئ، ولكن المشكلة تقع إذا كان القلب مريضا.

(٢) البوتاسيوم

أثناء المشاجرات والعنف ترتفع نسبة البوتاسيوم في الدم لتصل إلي ٥ مللي مكافئ لكل لتر أو أكثر. بعد توقف الشجار يحدث انخفاض مفاجئ وسريع لنسبة البوتاسيوم في الدم لتصل إلي ٢ مللي مكافئ لكل لتر. بعد خمس دقـائق مـن توقف الشجار ينخفض مستوى البوتاسيوم لمعدل يقل عن نسبة البوتاسيوم فـي الدم في وقت الراحة (أي بعيدا عن العنف). يستمر هذا الانخفاض فـي نسـبة البوتاسيوم في الدم لمدة ٩٠ دقيقة أو أكثر بعد توقف الشجار.

هذا التذبذب الشديد (ما بين الارتفاع والانخفاض) في نسبة البوتاسيوم في الدم يؤدي إلي اضطراب نبض القلب. التأثير الاضطرابي لنبض القلب بفعل زيادة نسبة البوتاسيوم في الدم أثناء الشجار يتم معادلته بزيادة نسبة الأدرينالين والنور أدرينالين في الدم. لكن المشكلة تحدث بعد توقف الشجار نتيجة زيادة نسبة الأدرينالين أو النور أدرينالين مع النقص الشديد في نسبة البوتاسيوم. هذه الفترة هي أخطر الأوقات التي تؤدي إلي اضطراب نبض القلب وتسمى هذه الفترة **post-exercise peril**.

<u>الهلوسة المحفزة excited delirium والهياج</u>

هذا شخص يقوم بأفعال عنيفة غير منطقية مع اختلاط وتشوش الأفكار. قد تقوم الشرطة أو بعض الأشخاص بمحاولة تقييده لمنعه من إيذاء نفسه أو إيذاء الآخرين مما يدفعه للمقاومة العنيفة لهم. عادة بعد الانتهاء من السيطرة على هذا الشخص وبعد انتهاء مقاومته وتقييده أو نقله لقسم الشرطة أو المستشفي يصبح غير مستجيب ويعاني من توقف القلب والتنفس ولا يستجيب لمحاولة التنشيط القلبي الرئوي. عند تشريح هذا الشخص لا يشاهد به أي مظاهر إصابية سوى سحجات أو كدمات طفيفة ليس من شأنها إحداث الوفاة. فحص عينات البول والدم عادة يظهر وجود مواد مخدرة مثل الكوكايين ومث أمفيتامين. هذا الكوكايين أو أي عقار منشط آخر هو المسئول عن حالة الهياج التي يعاني منها هذا الشخص.

<u>الشجار مع تعاطي المنشطات</u>

إذا كان الشخص الموجود في مشاجرة متعاطي أي عقار منشط مثل الكوكايين ومث امفيتامين فإنه قد يتوفى من اضطراب نبض القلب نتيجة التأثير المزدوج للتأثير الفسيولوجي للشجار (زيادة نسبة الأدرينالين والنور أدرينالين، مع انخفاض نسبة البوتاسيوم) من جهة، مع تأثير هذا العقار المنشط من جهة أخرى).

الكوكايين له تأثير مزدوج: الأول يؤدي لزيادة إفرازات الأدرينالين والنور أدرينالين، والثاني منع إعادة امتصاص النور أدرينالين المفرز مما يؤدي لتراكم النور أدرينالين ويزيد من تأثيره. أي إن الكوكايين يؤثر على مستقبلات بيتا ١ فيؤدي لزيادة معدل القلب، وزيادة قوة انقباض، وزيادة سرعة توصيل القلب. في نفس الوقت يؤثر الكوكايين علي مستقبلات ألفا في الشرايين التاجية مما يؤدي لانقباضها فيقل الدم الواصل لعضلة القلب. لذلك فإن عضلة القلب تكون في حاجة لزيادة كمية الأكسجين (نتيجة تنبيه مستقبلات بيتا ١) مع قلة الدم الواصل لعضلة القلب (نتيجة انقباض الشرايين التاجية).

تأثير الأمفيتامين مماثل للكوكايين، ولكن بدلا من أن يمنع امتصاص النور أدرينالين فإنه يؤدي لإفراز النور أدرينالين من الألياف السيمبثاوية.

الكحول هو أحد مسببات اضطراب نبض الأذينين والبطينين. إدمان تعاطي الكحول يؤدي لزيادة نسبة النور أدرينالين. لذلك فإن متعاطي الكحول الذي يدخل في مشاجرة عرضة للوفاة الفجائية نتيجة اضطراب نبض القلب بسبب الكحول بالإضافة للتأثير الفسيولوجي المصاحب للمشاجرة.

شجار المريض العقلي

الهياج والهلوسة يمكن أن تحدث دون تأثير عقاقير منشطة مثل الكوكايين في الأشخاص الذين يعانون من مرض عقلي مثل الشيزوفرينيا أو اضطرابات الاعتقادات المضللة **delusional disorders**. هذا الهياج والهلوسة يحدث نتيجة الامتناع عن أخذ العقاقير الموصوفة لعلاج حالته أو نتيجة نشوء حالة من تحمل الجسم للعقاقير (أي اعتياد الجسم علي العقار مما يتطلب زيادة الجرعة لإحداث نفس التأثير) وبالتالي ضعف تأثيرها. هذا الشخص عند محاولة السيطرة عليه قد يتوفى فجأة نتيجة تأثير زيادة إفرازات الأدرينالين والنور أدرينالين بالإضافة لنقص البوتاسيوم.

بعض عقاقير علاج الأمراض العقلية مثل مضادات الاكتئاب مثل مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات tri-cyclic anti-depressants تعمل مثل الكوكايين في منع امتصاص النور أدرينالين، وهو ما يؤدي لزيادة فرصة حدوث الوفاة بعد المشاجرات.

لذلك وجب علينا الآن أن نتناول حالات الموت المفاجئ بعد الإصابات البسيطة سواء كانت هذه الإصابات حدثت بعد مشاجرة أو داخل أقسام الشرطة والسجون.

الموت المفاجئ أو غير المتوقع

يعرف الموت المفاجئ حسب تعريف منظمة الصحة العالمية بأنه الموت الذي يحدث خلال ٢٤ ساعة من ظهور أعراض مرضية. معظم أسباب الموت المفاجئ تكمن في الجهاز القلبي الوعائي يليها نزيف داخل الجمجمة والصمة الرئوية وغيرها من الأسباب العديدة. هناك مذكرة صادرة من كبير الأطباء الشرعيين منذ أكثر من عشرين سنة تتعلق بالوفيات المفاجئة التي تظهر الصفة التشريحية لها وجود حالة مرضية مزمنة بالقلب مع إصابات بسيطة ليس من شأنها إحداث الوفاة وطالبت بضرورة التقيد بذكر المبادئ التالية:ــ

(١) الكدمات والسحجات المشاهدة بـــ..... هي إصابات رضية حدثت من الضرب أو المصادمة بجسم صلب راض أيا كان نوعه وهي بسيطة وليس لها شأن في إحداث الوفاة.

(٢) أظهر تشريح الجثمان والفحص الباثولوجي للقلب وجود حالة مرضية مزمنة بالقلب على هيئة تضخم بالقلب وضيق بالشريان التاجي الأيسر الرئيسي بنسبة ٨٠% من حجم تجويفه مع وجود بؤر تليفية بعضلة القلب.

(٣) مثل هذه الحالة المرضية المزمنة الموصوفة بالقلب من شأنها أن تؤدي إلى لحدوث نوبات قلبية حادة قد تنتهي إحداها بالوفاة، وهذه النوبات القلبية قد تحدث

إما بهيئة ذاتية تلقائية دون مؤثر خارجي أو من جراء التعرض لمؤثرات خارجية مثل المجهود الجسماني العنيف أو الانفعال النفسي الشديد.

(٤) هذا ومن رأينا أن واقعة التعدي على المذكور المشار إليها بمذكرة النيابة والتي تخلف عنها الآثار الإصابية البسيطة السالف ذكرها وما يكون قد صاحبها من مجهود جسماني عنيف وانفعال نفسي شديد من شأنها أن تلقى عبئا إضافيا على القلب (والذي يعاني أصلا من الحالة المرضية المزمنة السابق ذكرها) ومن ثم مهدت وهيأت لحدوث نوبة قلبية حادة انتهت بالوفاة.

تصلب الشرايين التاجية

الأمراض القلبية التي تسبب الموت المفاجئ عديدة ولكن أهمها علي الإطلاق هو مرض تصلب الشرايين التاجية المغذية لعضلة القلب. تصلب الشرايين التاجية هو حالة مرضية مزمنة تستغرق سنوات طويلة يحدث خلالها ترسب للكوليسترول والدهون بجدر الشرايين مما يؤدي إلي ضيق الشرايين التاجية وبالتالي تقل تروية عضلة القلب بالدم مما قد يؤدي إلي احتشاء عضلة القلب والوفاة.

أحيانا يتعرض مريض تصلب الشرايين التاجية لانفعال نفساني شديد نتيجة مشاجرة كلامية أو نتيجة عراك يدوي ثم يتوفى خلال ٢٤ ساعة من تاريخ المشاجرة أو العراك. مريض تصلب الشرايين التاجية الذي يتم القبض عليه سواء كانت هناك مقاومة منه أم لا وسواء تعرض لاستعمال قسوة أم لا يكون عرضة لانفعال نفساني شديد مصحوب بزيادة إفراز الأدرينالين والنور أدرينالين فيعمل القلب بمجهود أكبر ويتطلب ذلك إمداده بكمية أكبر من الدم فلا تسعفه الشرايين التاجية الضيقة (بسبب الحالة المرضية وبسبب تأثير الأدرينالين على مستقبلات ألفا ١) مما يؤدي إلي قصور حاد في عضلة القلب ثم الوفاة. تُظهر الصفة التشريحية للجثمان كدمات غير كافية لإحداث الوفاة مع وجود ضيق شديد بالشرايين التاجية للقلب. هنا تنشأ مشكلة طبية شرعية كبيرة لتحديد سبب الوفاة وما علاقة تلك الإصابات الضعيفة بالوفاة. المشكلة التي تقابلنا هي إعلان أن سبب الوفاة هو حالة مرضية بالقلب وأن الإصابات ليس لها دخل في إحداث الوفاة وهنا تتهم وسائل الإعلام الطب الشرعي بمجاملة الشرطة (إذا كانت الإصابات حدثت من قبل شرطي). هنا توجد أسئلة عديدة تطرح نفسها:ـ

(١) هل كان هذا الشخص سيموت ما لم يحدث الانفعال النفساني المصاحب لإلقاء القبض عليه ؟. الإجابة: نعم هذا الشخص كان يمكن أن يموت نتيجة بذل أي مجهود بدني أو نفسي شديد وكذلك بدون بذل مجهود نتيجة مضاعفات الحالة المرضية.

(٢) هل الإصابات المشاهدة بالشخص لو حدثت لشخص غير مريض بالقلب كانت ستؤدي للوفاة ؟. الإجابة: لا لأن هذه الإصابات بذاتها غير كافية لإحداث الوفاة.

(٣) هل توجد طريقة يمكن من خلالها إسناد الوفاة نتيجة الانفعال النفسي المصاحب لتلك الإصابات البسيطة ؟. الإجابة: لا توجد طريقة واحدة تؤكد حدوث انفعال نفسي من عدمه للشخص قبل وفاته، وبالتالي لا تظهر الصفة التشريحية بالقلب أو الجسم أي تغيرات تختلف عن الوفيات التي تحدث نتيجة مضاعفات تصلب الشرايين لشخص توفي علي سريره دون شجار أو عراك.

إنني أريد أن أنكر زملائي بعدم الخوف من وسائل الإعلام لأنه لا يوجد لدينا سند علمي علي إثبات زيادة إفراز الأدرينالين بعد الوفاة ومدى تأثيره لوجود اختلافات شخصية بين البشر. أي إن الحالة الوحيدة التي يستطيع الطبيب الشرعي أن يؤكد أن هذه الوفاة إصابية هي عندما تكون الضربة بالصدر فوق موضع القلب وأحدثت كدم ظاهر بجدار الصدر وأنزفة دموية تحت الجلد والعضلات مقابل القلب وكذلك انزفة دموية بالسطح الخارجي بمقدم القلب. في هذه الحالة فقط يستطيع الطبيب الشرعي أن يؤكد إن هذه الإصابة أثرت علي القلب المعتل فأحدثت مضاعفات علي هيئة تحريك لويحة عصيدية أو نزيف تحت بطانة الشريان التاجي أو خثار بالشريان التاجي.

ثانيا:ــ تنبيه العصب الحائر

تنبيه العصب الحائر بالضغط على أحد فروع العصب الحائر تؤدي للوفاة السريعة في خلال ٣٠ ثانية. على سبيل المثال فإن الضغط الخارجي علي العنق قد يؤدي إلى الضغط علي مستقبلات الضغط لفروع هذا العصب الموجودة في الغلاف السباتي والجيوب السباتية والجسم السباتي. يؤدي ذلك الضغط بعد ذلك إلى تنبيه العصب الحائر وتكون محصلة ذلك تباطؤ في نبض القلب قد يصل لدرجة الوفاة الفجائية أو الوفاة في خلال ٣٠ ثانية.

قابلية توقف القلب نتيجة تنبيه العصب الحائر تختلف من شخص لآخر. كمية القوة الضاغطة علي الجسم السباتي ومدة استخدام تلك القوة لإحداث الوفاة لا يمكن حسابها حيث تختلف من شخص لآخر، ولذلك هناك حالات مسجلة عديدة توفيت أثناء ضغط بسيط جدا علي العنق أثناء المزاح أو المداعبة أو حتى أثناء التدليك (المساج) ودون وجود أي قصد جنائي.

ثالثا:ـ الوفيات المرضية

(١) انسداد الشرايين التاجية

معظم الأطباء الشرعيين يقبلون بنسبة ٧٠% ضيق بالشريان التاجي كنسبة كافية لإحداث الوفاة المرضية ما لم يشاهد بالجسم أي سبب آخر من شأنه أن يؤدي للوفاة. لكن هذا لا يمنع أن بعض الأشخاص يعيشون بضيق يصل إلي ٩٠% من حجم الشريان قبل اكتشاف هذه الحالة المرضية مصادفة.

(٢) النزيف تحت العنكبوتية

النزيف تحت العنكبوتية **subarachnoid haemorrhage** أيضا هو حالة من الحالات التي يحدث فيها تداخل كبير بين المرض الطبيعي والإصابة. علي سبيل المثال قد يعاني الشخص من حالة مرضية وهي وجود أم الدم في الشرايين المخية **cerebral aneurysm**. هذه الحالة المرضية تسبب اتساع الشريان وترقق جدره مما يسهل تمزقه أثناء الممارسات الحياتية العادية مثل الجري والجماع الجنسي وأي مجهود بدني نتيجة ارتفاع ضغط الدم داخل الشريان استجابة لزيادة إفراز الأدرينالين في الدم. هذا التمزق يؤدي إلي نزيف تحت العنكبوتية ثم الوفاة. حدوث هذا النزيف يمثل مشكلة مثل تلك الناشئة لمريض تصلب الشرايين التاجية حيث سيكون السؤال هنا هل العراك أو الحالة النفسية للشخص نتيجة إلقاء القبض عليه هي السبب في المشكلة عن طريق زيادة إفراز الأدرينالين أم إن الوفاة مرضية المنشأ. ويزيد تلك الصعوبة أيضاً عندما تكون هناك إصابة رضية بالرأس ظاهرة في شكل انسكاب دموي بفروة الرأس. علي أية حال يري معظم العلماء أن معظم حالات أم الدم المنفجرة تكون عميقة وصغيرة وبالتالي تكون بعيدة عن الضرب المباشر حتى وإن كانت الإصابة بالرأس وأن السبب في الوفاة هو ارتفاع الضغط الشرياني نتيجة زيادة إفراز الأدرينالين. أي أن المحصلة

النهائية أن الوفاة مرضية ويصعب إثبات دور تلك الإصـابة البسـيطة أو الانفعـال النفسي في إحداث الوفاة.

(٣) الصمة الرئوية pulmonary embolism

دائما بعد الجراحات يطلب من المريض سرعة الحركة حتـى لا يحـدث خثـار وريدي لأن العوامل الثلاثة المحرضة علي حدوث الخثار الوريـدي (غالبـا بـأوردة الساق) هي بطء دوران الدورة الدموية (نتيجة عـدم الحركـة بسـبب الجراحـة أو الإصابة)، وحدوث أذية موضعية بجدر أوردة الساق، وزيادة تخثر الدم نتيجة التغيـر في تركيب عوامل الدم نفسه. إذا حدث خثار وريدي بالساق فهناك خطر من امتـدادها لأعلي وإحداثها صمة رئوية. بالرغم من أن معظم حالات الصمة الرئوية تحدث بعـد الجراحات أو الإصابات التي تستلزم بقاء الشخص في السرير بدون حركة فإن هنـاك حوالي ٢٥% من الحالات تحدث لمرضي دون قصة سابقة لجراحة أو إصابة.

إذن هذه الصمة الرئوية قد تحدث عقب إصابة أو جراحـة أو بـدون أصـابة ولا جراحة. الصمة الرئوية تحدث عادة بعد حوالي أسبوعين من الجراحة أو الإصابة فـي المتوسط ولكن الحالات المسجلة تتراوح مـا بـين ١- ٩٠ يومـا بعـد الإصـابة أو الجراحة. هذه هي المعضلة الحقيقية فلنفترض أن هناك شخصاً تم تعذيبه فـي مركـز الشرطة وحدثت به إصابات رضية عنيفة بالطرفين السفليين ثم خرج وباشـر حياتـه بصورة عادية وأصيب بعد شهر من التعذيب بصمة رئوية فهـل يسـتطيع الطبيـب الشرعي أن يجزم أن تلك الصمة الرئوية ترجع لواقعة التعذيب، وهل يسـتطيع نفـي احتمالية أن تكون حالة مرضية. عادة بالطبع لا يستطيع أي الطبيب الشرعي أن يحدد طبيعة هذه الصمة الرئوية وهل هي إصابية أم مرضية. أما إذا أدي التعذيب لإصابات جسيمة تستوجب بقاء الشخص في المستشفي للعلاج وحدثت له الصمة الرئوية أثنـاء احتجازه بالمستشفي للعلاج من آثار التعذيب فإن رابطة السببية في تلك الحالة موجودة ونستطيع أن نؤكد أن هذه الصمة الرئوية هي من مضاعفات التعذيب وبالتـالي يسـأل الجاني عن كل النتائج التي ستسفر عنها هذه الصمة.

المراجع

أولا:ــ المراجع العربية

أحمد محمد مونس (٢٠١٣)

القتل والجرح والضرب والدفاع الشرعي وجرائم الإجهاض. دار الفكر والقانون ــ المنصورة.

سالم نجم ، عبد الوهاب الجلبي ، سميح أبو الراغب (١٩٩٣م)

آداب المهنة الطبية ، في كتاب الطب الشرعي والسموميات. منظمة الصحة العالمية ــ القاهرة.

سيف النصر سليمان (٢٠٠٤م)

ضمانات المتهم. دار محمود للنشر والتوزيع ــ القاهرة.

سيد عباس عبد الكريم (٢٠١٠م)

المشكلات العملية في التقارير الطبية. دار الراضي للنشر والتوزيع ــ القاهرة.

صلاح الدين مكارم وآخرون (١٩٨٤م)

الطب الشرعي في خدمة الأمن والعدالة. مكتبة الخدمات الحديثة. جدة.

عبد الرحمن محمد عيسوي (٢٠٠٥م)

علم النفس الشرطي. منشأة المعارف ــ الإسكندرية.

عمر الفاروق الحسيني (١٩٨٦م)

تعذيب المتهم لحمله علي الاعتراف (الجريمة والمسئولية). المطبعة العربية الحديثة ــ القاهرة.

قانون الإجراءات الجنائية

قانون رقم ١٥٠ لسنة ١٩٥٠. دار الفكر والقانون ــ المنصورة.

قانون العقوبات

قانون رقم ٥٨ لسنة ١٩٣٧م. نادي القضاة ــ القاهرة.

محمد سامي الشوا، حسام الدين محمد أحمد (٢٠٠٨)

جرائم الاعتداء على الأشخاص والأموال. جامعة المنوفية ــ مطابع جامعة المنوفية.

محمد سامي الشوا، حسام الدين محمد أحمد (٢٠٠٨)

الجرائم المضرة بالمصلحة العامة: الرشوة والاختلاس والتزوير والتزييف. جامعة المنوفية ــ مطابع جامعة المنوفية.

محمد شحاته ربيع ، جمعه سيد يوسف ، معتز سيد عبد الله (١٩٩٤م)

علم النفس الجنائي. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ــ القاهرة.

مجدي محمود محب حافظ (٢٠٠٣)

قانون الأسلحة والذخائر. دار محمود للنشر والتوزيع ــ القاهرة.

هشام عبد الحميد فرج (٢٠١٣م)

الإصابات والجروح في كتاب معاينة مسرح الجريمة. الطبعة الثالثة. القاهرة.

هشام عبد الحميد فرج (٢٠٠٥م)

الاختناق (اسفكسيا). القاهرة.

هشام عبد الحميد فرج (٢٠٠٦م)

إصابات الأسلحة النارية. القاهرة.

هشام عبد الحميد فرج (٢٠٠٧م)

التقارير الطبية في كتاب الأخطاء الطبية ـ القاهرة.

ثانيا:ــ المراجع الأجنبية

Bonneau J and Brown J (1995):
Physical ability, fitness and police work. Journal of Clinical Forensic Medicine; 2: 157-164.

Camps, F. (1976):
Legal medicine. Bristol: john wright & sons LTD.

Di Maio, D. and Di Maio, V. (2001):
Forensic pathology. CRC press, New York.

Geberth, V. (1996):
Practical homicide investigation. CRC Press, New York.

Knight B. (1997):
Simpson's forensic medicine. 11th ed. Oxford university press. New York. Pp 163-170.

Knight B. (1997):
Forensic pathology. 2nd ed. Arnold. London.

Mason, J. (1997):
The pathology of violent injury. Edward Arnold, London.

McLay, W. (1996)
Clinical forensic medicine. Greenwich Medical Media, London.

Robertson, A and Merrills, J (1996):
Human rights in the world. Manchester: Manchester University Press.

Robinson, S (1996):
Principles of Forensic Medicine. London: Greenwich Medical Media.

Spitz W (1993):
Medicolegal investigation of death. 3rd ed. Springfield: C.C. Thomas.

Synder, L. (1977):
Homicide investigation. Charles Thomas, U.S.A.

Principles of Forensic Medicine. London: Greenwich Medical Media.
Spitz W (١٩٩٣):
Medicolegal investigation of death. ٣rd ed. Springfield: C.C. Thomas.
Synder, L. (١٩٧٧):
Homicide investigation. Charles Thomas, U.S.A.

الفهرس